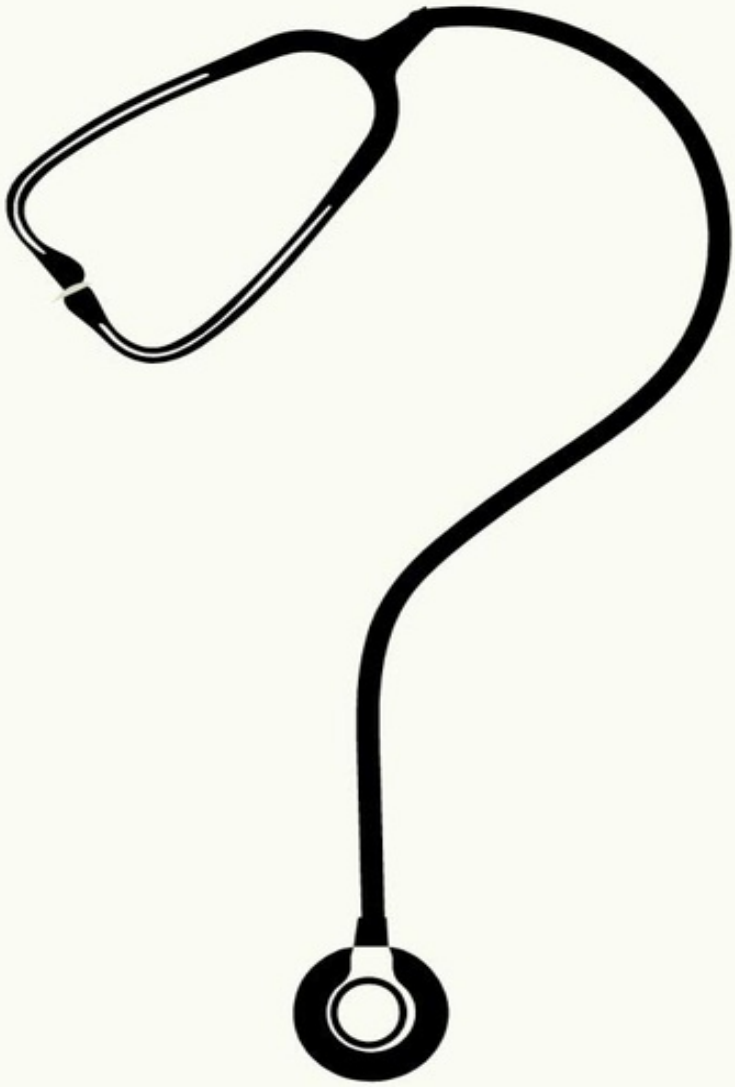


Cristian Saborido

Filosofía de la medicina

tecnos

CRISTIAN SABORIDO

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

tecnos

Para Mikel,
a quien conocí en un hospital.

Índice

ADVERTENCIA AL LECTOR
AGRADECIMIENTOS

PREFACIO. QUÉ ES LA FILOSOFÍA DE LA MEDICINA O POR QUÉ ES RELEVANTE LA MEDICINA PARA LA FILOSOFÍA, Y VICEVERSA
- Filósofos pensando sobre la medicina
- La medicina desde la filosofía de la ciencia
- ¿Por qué es relevante la filosofía para la medicina?
- ¿Qué hay en este libro?

CAPÍTULO I. ¿QUÉ SIGNIFICA ESTAR SANO O ENFERMO?
1. El método socrático o por qué los filósofos acaban cayendo mal a casi todo el mundo
2. La filosofía y los presupuestos más básicos de la medicina. ¿Saben realmente los médicos qué es la salud y la enfermedad?
3. ¿Por qué necesitamos definiciones para hacer medicina?
4. Salud y enfermedad como propiedades biológicas
5. La definición de salud y enfermedad de la Organización Mundial de la Salud
6. El enfoque «ecológico» de la salud y la enfermedad
7. Conclusiones

CAPÍTULO II. EL ENFOQUE NATURALISTA: MEDICINA COMO BIOLOGÍA APLICADA
1. El doctor House y el modelo pop de médico
2. El autoritarismo epistémico o la idea de «funcionamiento normal» como modelo para la salud
3. La normatividad vital: la salud es el silencio de los órganos
4. Boorse y el determinismo funcional. Normatividad como normalidad estadística

5. Conclusiones

CAPÍTULO III. EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA: EL PAPEL DE LOS VALORES PERSONALES Y SOCIALES
1. Enfermedades de negros
2. La construcción social de la enfermedad
3. El enfoque de Nordenfelt
4. El constructivismo radical y la promoción de enfermedades
5. Conclusiones

CAPÍTULO IV. LA MEDICINA COMO CIENCIA Y COMO ARTE
1. ¿Qué es un buen médico?
2. Empirismo y realismo en ciencia
3. Realismo bajo control empírico
4. Medicina como disciplina normativa
5. Frónesis e hibris
6. Conclusiones

CAPÍTULO V. EXPLICACIÓN EN MEDICINA: REDUCCIONISMO Y HOLISMO
1. Virus narigudos y maquinarias biológicas
2. Reduccionismo *vs.* Holismo
3. Causalidad en medicina
4. ¿Medicina sin modelo de enfermedad? Medicina basada en la evidencia
5. Conclusiones

CAPÍTULO VI. ¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS ENFERMEDADES? CRITERIOS Y CONTROVERSIAS
1. Enfermedades y clases naturales
2. ¿Cómo se clasifican las enfermedades? la clasificación internacional de enfermedades
3. Tres criterios para la clasificación médica
4. La clasificación médica como herramienta metodológica
5. Conclusiones

CAPÍTULO VII. MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGÍA FISIOLÓGICA: LA ENFERMEDAD MENTAL
1. La psiquiatría. ¿Medicina al servicio del control social?
2. ¿Cómo se clasifica la enfermedad mental? el DSM
3. Sobrecategorización y sobrediagnóstico. Sustrato biológico, vivencia personal e influencia social
4. Frónesis y psiquiatría: hacia una noción biopsicosocial pragmatista de la enfermedad mental
5. Conclusiones

CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES: FILOSOFÍA DE LA MEDICINA COMO ÁMBITO CENTRAL DE REFLEXIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y HUMANISTAS
1. Sócrates en el hospital
2. Las nociones de salud y enfermedad: entre el naturalismo y el constructivismo
3. «El médico que solamente sabe medicina, ni siquiera medicina sabe»: hibris y frónesis
4. Un enfoque pragmatista
5. Reflexionar sobre la enfermedad y otros hábitos saludables

EPÍLOGO
GLOSARIO
BIBLIOGRAFÍA
CRÉDITOS

ADVERTENCIA AL LECTOR

Este es un libro de filosofía. Por favor, no lo coloquen junto a los de ocultismo o autoayuda. Si es usted un amable encargado de una biblioteca o una librería, le ruego que no obligue a este libro a convivir con los que hablan de dietas definitivas, curas milagrosas o nuevas teorías bio-eco-super-ultra-cuántico-naturales que con total seguridad nos van a salvar la vida al tiempo que nos harán más guapos, ricos y felices. Los libros de filosofía son un poco como los filósofos, pueden parecer muy esotéricos pero en el fondo solo están hablando, de la forma más rigurosa y honesta de la que son capaces, de cosas que todo el mundo se pregunta alguna vez.

También, y aunque veo bastante menos probable que esto ocurra, debo pedir que no se coloque este libro junto a los manuales o textos técnicos de medicina. Este no es un tratado de filosofía adaptada para médicos, sino un libro filosófico destinado a todos aquellos a los que les interese reflexionar sobre la salud y la enfermedad. Por eso, aquí no se incluyen complicadas descripciones de casos clínicos y se ha intentado rebajar la jerga técnica especializada, tanto médica como filosófica, al mínimo imprescindible, aunque procurando siempre no perder el rigor.

Lo que se hace en estas páginas es analizar *críticamente*, como no podía ser de otro modo tratándose de una obra filosófica, los conceptos y presupuestos básicos que usan los profesionales médicos. Sin embargo, en esta obra no se hace ninguna apología de algún tipo de nueva medicina alternativa, ni tampoco se demonizan las teorías o métodos de los médicos «oficiales». Este libro solamente pretende utilizar la filosofía, en particular las propuestas recientes de la filosofía de la ciencia contemporánea, para ayudar a entender mejor lo que presupone y lo que implica la práctica médica.

Si usted está ahora mismo leyendo estas palabras frente a una estantería, le agradeceré profundamente que tenga todo esto en cuenta cuando vuelva a colocar este libro en su sitio. Claro que, si al final decide seguir leyendo y

darle un nuevo hogar, ya puede colocarlo allí donde usted quiera, faltaría más. Espero que le sea de provecho, que le haga conocer algunas cosas y, sobre todo, que le provoque muchas preguntas. El principal objetivo de este libro no es otro sino el de intentar despertar el interés por seguir reflexionando de la forma más responsable y libre posible. Los libros de filosofía se parecen a los filósofos también en eso.

AGRADECIMIENTOS

Este libro surgió con la intención de ser un texto de divulgación filosófica que pudiera servir también como manual académico para estudiantes tanto de humanidades como de ciencias biomédicas. Quiero agradecer al equipo de la editorial Tecnos y a Luis Valdés-Villanueva su confianza en este proyecto. Los contenidos aquí expuestos se han ido conformando a partir de los materiales que he elaborado en estos últimos años durante mi actividad investigadora y, sobre todo, mi dedicación docente. Como profesor, me encargo de la docencia universitaria en grado y posgrado de las asignaturas «Filosofía de la ciencia», «Bioética», «Introducción al pensamiento científico», «Problemas filosóficos de la biología» y «Filosofía y medicina». Los diferentes capítulos de este libro reflejan parte del programa de todos estos cursos. La interacción con mis estudiantes no solamente ha sido un incentivo constante como docente, sino que ha ayudado enormemente a dar forma a este libro. Además de esto, cuento con la inmensa fortuna de formar parte del departamento de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia de la UNED. Poder colaborar diariamente y aprender de personas como David Teira, Javier González de Prado, María Jiménez Buedo y Jesús Zamora Bonilla, así como del resto de compañeros del departamento, es un privilegio difícilmente exagerable. También tengo una deuda de gratitud enorme con mis brillantes estudiantes de doctorado, así como con todos los colaboradores y amigos con los que he desarrollado mi investigación en filosofía de la biología y filosofía de la medicina. Probablemente, este libro hubiera sido mucho más difícil de leer si no fuese por los acertadísimos comentarios y sugerencias de David Hervías, Javier Tajuelo y Clara Isabel Martínez Cantón sobre los diversos borradores que les fui pasando. Y, con toda seguridad, esta obra no hubiera ni siquiera comenzado a escribirse sin el apoyo incondicional, el cariño constante y la infinita paciencia de mis familiares, mis amigos, mi médico/amigo/coautor Juan Carlos Hernández-Clemente y, muy especialmente, de Clara. Intentar

expresar aquí todas las razones por las que me siento profundamente agradecido de tenerla a mi lado conllevaría superar con mucho las limitaciones inevitables de una sección de agradecimientos y, más aún, de un libro entero.

PREFACIO

QUÉ ES LA FILOSOFÍA DE LA MEDICINA O POR QUÉ ES RELEVANTE LA MEDICINA PARA LA FILOSOFÍA, Y VICEVERSA

FILÓSOFOS PENSANDO SOBRE LA MEDICINA

¿Filosofía de la medicina? Sí, ¿y por qué no?[1]. Al fin y al cabo, hay filosofía de casi todo. Cuando uno se acerca a la filosofía de forma más o menos seria, por ejemplo, si tiene la feliz ocurrencia de apuntarse a un curso o matricularse en un grado universitario, descubre que existe una filosofía para cada una de las cosas más diversas. Pueden comprobarlo fácilmente en internet si no me creen. Existen la filosofía de la literatura romántica, la filosofía del cine de ciencia ficción, la filosofía de la música dodecafónica y la filosofía de la cognición vegetal[2]. Sin restar importancia a estos ámbitos, ¿cómo no iba a haber una filosofía de algo tan importante para nosotros como la medicina? «Soy humano, nada de lo humano me es ajeno», sentenciaba el célebre proverbio latino para remarcar que todo aquello que se relaciona con nuestra vida merece nuestra atención. Pues bien, los filósofos, o al menos la mayoría de los que yo conozco, son humanos y son, además, humanos que se dedican, de forma más o menos profesional, a la reflexión crítica acerca de las cuestiones más profundas que atañen a nuestra especie. ¿A quién puede sorprender, por tanto, que la enfermedad y la salud sean objeto de reflexión filosófica?

Todos somos, hemos sido y seremos, en algún momento de nuestra vida, enfermos. Es decir, todos experimentamos, de forma más o menos intensa y frecuente, la vivencia, muchas veces terrible y otras casi anecdótica, de la enfermedad. No es sorprendente que pocas actividades humanas, si es que hay alguna, tengan tanta importancia para nosotros como la de (intentar) sanar. Averiguar cómo podemos sanarnos a nosotros mismos y ayudar a

sanar a otros es una de las ambiciones más apremiantes de los seres humanos a lo largo de su historia y una a la que las sociedades dedican más recursos.

Desde nuestros mismos orígenes, nos hemos esforzado por identificar, prevenir y tratar de revertir aquellos estados corporales que consideramos molestos o peligrosos[3]. A lo largo de los siglos y en todas las culturas, esto ha dado lugar a una ingente cantidad de conocimiento acerca del funcionamiento de nuestros cuerpos y de la forma en la que podemos intervenir en ellos. La preocupación por los estragos que podemos padecer nos ha llevado a acumular mucho saber sobre nosotros mismos y a desarrollar esa peculiar forma de abordar nuestra naturaleza a la que llamamos medicina.

A la consciencia de que tenemos una naturaleza frágil le acompaña la esperanza de que podemos tomar medidas para combatir el sufrimiento y postergar la amenaza de la muerte. En el ámbito práctico, esto ha provocado el desarrollo de múltiples técnicas, protocolos y herramientas. En el ámbito teórico, ha dado lugar a una reflexión acerca de lo que significa estar sano o enfermo que puede rastrearse a lo largo de toda la historia de la filosofía. La enfermedad es un fenómeno en gran medida inefable para aquel que la sufre (¿cómo poder transmitir a otra persona todo lo que se siente cuando uno está enfermo?[4]), pero es también una realidad tan universal que ha tenido un lugar central entre los temas tratados por las grandes corrientes de pensamiento.

La preocupación de los filósofos por la medicina es tan antigua como la propia filosofía. En las obras de los primeros pensadores, tanto occidentales como orientales, abundan las alusiones a los padecimientos del cuerpo[5]. En algunas ocasiones, las enfermedades y su tratamiento se toman como alegorías de los problemas morales y existenciales. Así, por ejemplo, los filósofos dicen cosas como que las personas que obran mal han de ser vistas como enfermos que necesitan de la curación que puede ofrecerles la sociedad a través del tratamiento educativo adecuado[6]. En otros casos, como haremos en este libro, la medicina como disciplina es el objeto de estudio de pensadores que se han preguntado qué es la enfermedad o qué

deberes morales tienen los médicos[7] para con sus pacientes. A este último tipo de reflexión se dedica la filosofía de la medicina.

Los orígenes de la filosofía de la medicina se pueden encontrar en los mismos comienzos de la medicina. Los primeros médicos que teorizaron sobre su profesión, como los celebérrimos Hipócrates o Galeno, plantearon en sus escritos reflexiones que solo podemos calificar como filosóficas. Estos pioneros de la medicina reflexionaron de forma muy profunda sobre cuestiones como la propia idea de bien o el aparente orden natural en la disposición y el funcionamiento de nuestros cuerpos[8]. Cuando se aborda una disciplina que apela cuestiones como el sufrimiento, la muerte, la ayuda a los demás o la propia autonomía individual, es difícil no acabar derivando, como hicieron ellos, en planteamientos filosóficos[9].

Sin embargo, y a pesar de tener tan nobles precedentes, no es hasta nuestros días cuando la filosofía de la medicina comienza a aparecer, si bien aún tímidamente, en los planes de estudio, en los libros de texto y en las revistas académicas[10]. Tras el auge de la ética clínica, rama de la filosofía que se encarga de los problemas éticos y morales de la práctica médica, la filosofía de la medicina como disciplina independiente y diferenciada ha logrado auparse en estos últimos tiempos a una posición cada vez más visible. Son cada vez más los filósofos y profesionales de la medicina interesados por los aspectos metafísicos y epistemológicos más fundamentales de la teoría, investigación y práctica de la medicina[11]. Así, la filosofía de la medicina podría definirse como la rama de la filosofía que se dedica al estudio de los conceptos, métodos e implicaciones de la medicina.

LA MEDICINA DESDE LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

¿De qué trata un libro sobre filosofía de la medicina? En este libro se ofrece un panorama general de las cuestiones que conforman la emergente disciplina de la filosofía de la medicina, entendida como una vertiente concreta, con notables particularidades, de la filosofía de la ciencia. En otras palabras, este es un libro de filosofía de la ciencia dedicado a la medicina o, si se prefiere, un libro sobre la medicina que adopta una

perspectiva de filosofía de la ciencia. Soy consciente de que esta última sentencia necesita de, al menos, una breve explicación.

La filosofía de la ciencia es un ámbito concreto dentro de la filosofía, disciplina tremendamente compleja y diversa, que tiene como objeto de estudio el conocimiento, los métodos y los resultados de la ciencia. Del mismo modo que hay filósofos que se encargan de examinar las creaciones artísticas, los criterios morales, los sistemas políticos o la naturaleza última de la realidad, un filósofo de la ciencia es alguien que aplica los métodos críticos propios de la filosofía a tratar de dar luz sobre qué es la ciencia, cómo se conforman sus conceptos y teorías, cuáles son sus métodos y estructuras, y qué repercusiones conlleva su práctica[12].

Aunque quizá pueda parecer raro a los más familiarizados con los planteamientos clásicos de las Humanidades, la ciencia y la filosofía han ido de la mano prácticamente desde sus comienzos. Ya con la misma Revolución Científica de los siglos XVI Y XVII encabezada por personajes legendarios como Galileo o Newton, la nueva forma de «hacer verdad» que suponía la naciente investigación científica despertó el vivo interés de los filósofos. Es más, antes de que en nuestra cultura occidental moderna se divorciaran las ciencias y las letras en la concepción popular, muchos héroes de la revolución que dio nacimiento a lo que hoy conocemos como ciencia fueron también grandes filósofos y humanistas. Basta simplemente con pensar en la obra de autores como Descartes o Leibniz.

Además, la ciencia ha sido desde el comienzo un objeto de estudio de especial interés para los filósofos. Por ejemplo, en 1620, Francis Bacon (vizconde de Saint Albans y canciller de Inglaterra que, entre otras cosas, hay quien considera el verdadero autor de las obras de Shakespeare y al que no se debe confundir con el también filósofo Roger Bacon, quien vivió trescientos años antes, y menos aún con el homónimo pintor vanguardista del siglo XX) publica *Novum Organum*[13], un influyente tratado que examina el innovador método científico, al cual describió como una exitosa unión de observación e inducción (esto es, la extracción de conclusiones generales acerca del mundo a partir de los casos particulares observados, por ejemplo: «si todos los cuervos que conocemos son de color negro, entonces, podemos afirmar *científicamente* que los cuervos son de color negro»)[14].

Francis Bacon y otros filósofos se dieron cuenta de que lo que los primeros científicos estaban haciendo era inaugurar una nueva forma de observar el mundo y de sacar conclusiones de estas observaciones y de nuestra experiencia. Estas conclusiones tenían validez *provisional*, es decir, eran válidas hasta que *científicamente* se probase lo contrario o se encontrasen mejores explicaciones para los fenómenos que nos interesaba explicar. La ciencia lo cambiaría absolutamente todo. Concretamente, la forma en la que los seres humanos nos hacemos preguntas y nos damos respuestas sobre todo aquello que nos rodea (y sobre nosotros mismos) nunca volvería a ser la misma.

Tras la Revolución científica, tanto la ciencia como su filosofía experimentan un desarrollo impresionante[15]. Desde el siglo XX, y principalmente a partir de la obra de los pensadores que conformarían el llamado Círculo de Viena entre los años 1921 y 1936[16], la filosofía de la ciencia se convirtió en un ámbito central de la filosofía. Para algunos filósofos, en el más importante de todos. Hasta la actualidad, muchos de los más notables filósofos contemporáneos han dedicado y siguen dedicando sus desvelos a reflexionar sobre la ciencia.

La ciencia es importante para el filósofo porque para la gente de nuestro tiempo constituye en gran medida nuestra forma *oficial* y *confiable* de abordar la realidad. Nuestra realidad es hoy, en gran medida, el producto de nuestra *imagen científica del mundo*[17]. Además, las diferentes disciplinas científicas nos ofrecen una descripción del mundo que nos permite no solo comprenderlo, sino también transformarlo según nuestros intereses. En este sentido, la ciencia tiene importantísimas repercusiones sociales y políticas. Nuestra forma de interactuar entre nosotros y con nuestro medio ambiente es, en gran medida, producto de nuestra ciencia[18].

Por otro lado, el filósofo no puede obviar en ningún caso que la ciencia es un producto cultural, al igual que el arte o la religión, pero con unas características muy particulares que la distinguen de estos otros tipos de formas de conocimiento o *saberes*. De hecho, una de las cuestiones clásicas que se han hecho los filósofos de la ciencia consiste en identificar qué es lo que distingue lo científico de lo no-científico. A esta preocupación por las fronteras de la ciencia se le ha denominado el *problema de la demarcación*.

Dado el carácter que se atribuye a la ciencia de proveedora oficial de verdades firmes y seguras, son muchas las afirmaciones, teorías y métodos que se presumen como científicos, aunque realmente no lo sean[19]. Tal y como veremos en este libro, hay disciplinas, como la medicina, en la que el problema de la demarcación tiene consecuencias particularmente importantes.

Además, no es solo que la ciencia sea distinta del resto de saberes, sino que también cada una de las disciplinas científicas tiene sus propias características distintivas. Es por esto por lo que la filosofía de la ciencia, en un intento de dar cuenta de estas peculiaridades, ha dado lugar a distintas *filosofías de las ciencias*. Las denominadas ciencias «naturales» (o «duras») como la física o la química han sido objeto de la filosofía de la ciencia desde el origen de estas disciplinas. Del mismo modo, la filosofía de la ciencia se ha interesado también por las llamadas ciencias «sociales» (o «blandas») como la sociología, la antropología o la economía. En estas últimas décadas, los filósofos han abordado también la medicina, entendiéndola como un objeto de estudio privilegiado. Es en este sentido en el que puede hablarse de una filosofía de la medicina como una de las filosofías de las ciencias particulares.

Vale la pena remarcar que la medicina constituye una disciplina que se diferencia en aspectos muy esenciales de las disciplinas que tradicionalmente ha abordado la filosofía de la ciencia. Una de las características más peculiares de la filosofía de la medicina es su enfoque marcadamente transdisciplinar. La medicina supone una combinación de saberes teóricos y prácticos, *theoria cum praxi*, en términos clásicos. La medicina no consiste solamente en un corpus de conocimientos teóricos acerca de cómo funciona nuestro cuerpo o cómo este interactúa con su ambiente u otros organismos. La medicina es, además, un saber técnico que precisa de sus profesionales una cierta destreza para aplicar en la práctica esos conocimientos teniendo en cuenta la inabarcable casuística a la que pueden enfrentarse en el ejercicio de su profesión. Un médico tiene parte de biólogo, parte de estadístico, parte de mecánico, parte de humanista y parte de consejero. Y, por qué no decirlo, tal y como se tratará de demostrar en este libro, un buen médico tiene también parte de filósofo.

¿POR QUÉ ES RELEVANTE LA FILOSOFÍA PARA LA MEDICINA?

Se le atribuye al físico Richard Feynman la célebre frase «la filosofía de la ciencia es tan útil para los científicos como lo es la ornitología para los pájaros». Esta sentencia se ha utilizado frecuentemente para tachar de irrelevante a la filosofía de la ciencia, asumiendo que se trataría de algo así como una mera descripción o valoración de lo que hacen los científicos que no tiene ninguna repercusión para estos. Sin embargo, a mí siempre me ha parecido que la ocurrencia de Feynman es mucho más ofensiva para los científicos que para los filósofos. En realidad, la ornitología sería tremendamente útil para los pájaros si estos pudieran entenderla. Seguramente, los pájaros podrían comprender mejor qué es lo que hacen, por qué lo hacen, qué consecuencias tienen estas acciones para sus vidas y cómo podrían cambiarlas para lograr mayores recompensas. Afortunadamente, los científicos no son pájaros. La filosofía de la ciencia y la práctica científica establecen un diálogo fructífero del que la ciencia puede beneficiarse enormemente. La filosofía de la medicina es un ejemplo claro de esto.

Ya se ha señalado que en el nacimiento de la medicina está también el surgimiento de la filosofía de la medicina. En efecto, Hipócrates de Cos, el cuasi-mítico padre de la medicina, dedicó algunos de sus tratados a cuestiones más cercanas a la filosofía que a la medicina tal y como hoy la entenderíamos. Además de quedar plasmados en sus escritos y en los de sus discípulos mucho del conocimiento antiguo acerca de los orígenes y síntomas de las afecciones que afligen a los humanos, así como de las formas que se conocían para tratar de aliviarlos, en el corpus hipocrático hay también varios tratados que abordan cuestiones tan profundas como el sentido de la misma profesión médica (*Sobre la ciencia médica*, *Sobre el médico*; *Sobre la decencia*), los presupuestos filosóficos más adecuados para la medicina (*Sobre la medicina antigua*) o, por supuesto, los principios morales que deben guiar al médico (el famoso *Juramento hipocrático* con el que aún hoy en muchas facultades de medicina los estudiantes están obligados a comprometerse)[20]. Así, podemos decir que, ya desde sus

orígenes, la medicina es un saber íntimamente imbricado con la filosofía. Esto es una buena cosa porque, tal y como veremos en este libro, el pensamiento crítico filosófico sirve para *pensar la medicina*, es decir, para aclarar el significado de los conceptos que asume, para determinar sus límites, analizar críticamente sus métodos y valorar sus repercusiones en los pacientes individuales y en la sociedad en su conjunto.

Aunque muchas veces esto no sea reconocido de forma explícita, los profesionales de la medicina asumen todo un sistema de premisas que, por un lado, les permite aprender su profesión, desempeñar su labor y comunicar sus resultados a colegas y pacientes, pero, por otro, les marca también unos límites muy estrictos sobre cómo deben pensar y actuar. La labor y el pensamiento de los profesionales médicos se basa en principios y presupuestos teóricos que utilizan conceptos muy complejos presentes en el uso de palabras como «salud», «enfermedad», «evidencia científica», «sufrimiento» o «bienestar». Estos términos están lejos de tener una interpretación única y comprender bien su significado es algo de gran importancia para todos aquellos vinculados con la medicina, ya sean médicos, enfermeros, gestores o pacientes.

Es cierto que la medicina contemporánea es producto en gran medida de la herencia de una enorme cantidad de asunciones implícitas que son integradas de forma acrítica en la teoría y en la práctica médica. Sin embargo, sería injusto decir que las facultades o las escuelas de medicina forman a profesionales dogmáticos o «acríticos». El paradigma de la biomedicina actual es, sin lugar a dudas, uno de los más fructíferos y beneficiosos de la ciencia actual. De hecho, y aunque con limitaciones, la medicina actual es también una de las disciplinas más abiertas y proclives al cambio y a la revisión de sus postulados.

Por tanto, es importante señalar aquí que la filosofía de la medicina no tiene por qué mostrar una actitud destructiva hacia la forma de hacer medicina en la actualidad. La filosofía trata más bien de ofrecer un punto de vista desde el cual es posible comprender mejor la medicina, reivindicando todos sus indudables aspectos positivos y ofreciendo razones para solventar sus posibles deficiencias. Pensar filosóficamente la medicina es tan importante porque nos permite cuestionar —y, llegado el caso, superar— el

conocimiento tácito de la medicina. La filosofía nos permite convertir nuestros presupuestos implícitos en objetos explícitos de análisis. Además, la filosofía de la medicina nos permite también comprender las razones de los grandes logros médicos y reivindicar su inestimable contribución social. Es decir, filosofar nos descubre (en el sentido de *mostrar lo que está cubierto*) las asunciones implícitas en la práctica médica, y esto es importante porque nos sirve para *pensar mejor la medicina* y contribuir a *hacer una mejor medicina*.

¿QUÉ HAY EN ESTE LIBRO?

La relación íntima entre la teoría médica y el pensamiento filosófico es algo que se hace especialmente patente en el que es probablemente el debate central de la filosofía de la medicina: la discusión acerca de la definición de salud y enfermedad. Y esta es precisamente la clave de bóveda que sostiene y refuerza los contenidos de este libro. Así, en el capítulo I veremos como, al distinguir entre individuos sanos y enfermos, la profesión médica establece una distinción entre estados somáticos o mentales «correctos» e «incorrectos». Así, lo sano se correspondería con aquellos estados que nos gustaría tener y lo enfermo con aquellos que queremos evitar. Consecuentemente, la forma de entender la distinción entre salud y enfermedad supone toda una reconsideración, ya no solo de nuestra forma de ser en el mundo, sino también de nuestros modelos e ideales. La misma práctica médica, sea esta del tipo que sea, presupone que es posible identificar de algún modo unos ideales óptimos de funcionamiento que nos permitan, por comparación, decir que ciertos modos de vivir son indeseables y deben ser corregidos o, por lo menos, que sus efectos negativos deben ser paliados. En otras palabras, la medicina es una práctica que se basa en una distinción teórica previa entre lo saludable (bueno) y lo patológico (malo).

Tal y como se explica en el capítulo II, se han propuesto diferentes definiciones de salud y de enfermedad que intentan identificar un estado enfermo con ciertos estados biológicos. Los teóricos naturalistas sostienen

que la distinción entre salud y enfermedad no tiene por qué apelar a la subjetividad de los valores de cada persona o colectividad. Autores como James Lennox[21] consideran que lo sano y lo enfermo se corresponde con valores objetivos, en el sentido de que es el propio organismo, a través de respuestas tales como el dolor o la incapacidad, el que «identifica» ciertos estados como incorrectos. Otros enfoques naturalistas sostienen que la distinción entre lo sano y lo enfermo no depende de los valores de la sociedad, sino que es simplemente una «cuestión de comparación». De este modo, la propuesta bioestadística de Christopher Boorse[22] identifica lo enfermo con lo «anormal» en un sentido estadístico: lo sano se correspondería con el comportamiento biológico de la mayoría de individuos de una clase de referencia, mientras que lo patológico no sería sino el comportamiento «fuera de la norma» de aquellos individuos que no pueden desempeñar el tipo de funcionamiento característico del resto, con total independencia de la consideración que los individuos puedan tener con respecto a estas formas de funcionar en el mundo.

En el capítulo III se expondrá la concepción constructivista (también llamada en ocasiones normativista) de la enfermedad, la cual se contrapone radicalmente al enfoque naturalista. Según teóricos como Lennart Nordenfelt[23], las nociones de salud y de enfermedad no pueden desvincularse de nuestras valoraciones subjetivas. Esta distinción es, en último término, una construcción social: no hay forma de identificar un estado concreto con una enfermedad de un modo puramente objetivo o libre de valores. Ideas como «sufrimiento», «minusvalía» o «bienestar» son esenciales para nuestra interpretación de la salud y la enfermedad, y son nociones cargadas de valores subjetivos. La diferencia entre sanos y enfermos no sería, en último término, más que una imposición política de unas personas sobre otras.

Tanto los enfoques constructivistas como los naturalistas, así como las definiciones híbridas que han intentado conjugar aspectos de ambos, han sido ampliamente criticados y revisados. En cualquier caso, y sea cual sea la definición que se adopte, la distinción teórica entre salud y enfermedad tiene importantes consecuencias para los debates que conforman la actual filosofía de la medicina. En tanto saber que conjuga la teoría y la práctica,

al tiempo que oscila entre el naturalismo y el constructivismo, la medicina se muestra como un ámbito particularmente complejo para la filosofía. No obstante, su estudio crítico es necesario para fundamentar las urgentes discusiones éticas y políticas que, en nuestras sociedades, determinan la forma en la que entendemos, identificamos y combatimos la enfermedad en todas sus variantes.

En el capítulo IV, y teniendo en cuenta las diferentes propuestas naturalistas y constructivistas del debate, se intentará describir cuál es el estatus que le corresponde a la medicina. ¿Es una ciencia o se trata más bien de una técnica o un *arte* que depende más de la intuición o habilidad del profesional que de los conocimientos puramente teóricos? En este capítulo se ofrecerá un acercamiento a esta cuestión que hace hincapié en el hecho de que la medicina es, ante todo, una práctica social institucionalizada. Hay mucho conocimiento científico implícito en la medicina, y es imposible comprender el progreso de la misma sin el avance de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, no es menos cierto que el tratamiento de las enfermedades se hace en el marco de un complejísimo entramado de actores que implica a los pacientes o sujetos de la labor médica, a los profesionales que desempeñan su labor en el seno de diferentes instituciones médicas y a la sociedad en su conjunto, que es, en último término, la que posibilita y sanciona toda la red de atención sanitaria. La filosofía de la medicina, tal y como queda patente por ejemplo cuando aborda la distinción entre lo sano y lo enfermo, no puede obviar ni la dimensión puramente científica de la teoría médica, ni tampoco todos los aspectos ideológicos, culturales y personales de las sociedades en las que la medicina se practica.

En el capítulo V analizaremos cómo la filosofía de la medicina aborda la cuestión de cómo deben plantearse las explicaciones en medicina: ¿es conveniente entender el objeto de la práctica de la medicina de una forma «atomizada», es decir, enfocada al análisis y tratamiento de partes concretas del cuerpo, tal y como parece indicar el naturalismo, o necesitamos un enfoque global que dé cuenta del conjunto del cuerpo humano y, quizá, también de los aspectos psicológicos y culturales de los individuos, lo que nos acercaría más al constructivismo? Además de esto, veremos cómo la filosofía de la medicina se enfrenta a las cuestiones más controvertidas de la

metodología de la investigación médica y del papel de los ensayos clínicos. Dependiendo de si se asume un enfoque constructivista o uno naturalista, la forma en la que se evalúan los medicamentos es problemática por diferentes razones. ¿Cómo demostrar la validez científica de un fármaco o tratamiento si asumimos con los constructivistas que no hay criterios objetivos acerca de lo que es saludable? ¿Las evidencias estadísticas que nos dan los ensayos clínicos son suficientes para aprobar un fármaco o tratamiento aun cuando no conozcamos en detalle el mecanismo por el cual este actúa con respecto a los estados corporales que los naturalistas identifican con lo sano y lo enfermo?

En el capítulo VI abordaremos la cuestión de los criterios según los cuales la comunidad médica categoriza las diferentes enfermedades. La clasificación de las enfermedades es un instrumento imprescindible para la práctica médica, y aun así no hay un consenso sobre cómo debe hacerse esta clasificación. De hecho, tal y como veremos, en la medicina contemporánea nos encontramos con diferentes criterios para categorizar las enfermedades que muchas veces dan lugar a solapamientos o incluso contradicciones. Además, la historia de la medicina nos muestra que han existido enfermedades que han formado parte de esas clasificaciones médicas pero que actualmente ya no lo hacen. Si los criterios para decir qué estados constituyen una enfermedad y para determinar a qué tipo concreto pertenecen cambian con el tiempo, entonces, ¿significa esto que no es posible llegar a un acuerdo definitivo acerca de cómo debemos caracterizar y distinguir unas patologías de otras o, por el contrario, es posible dar con algo así como una *tabla periódica de las enfermedades* que satisfaga a todo el mundo?

Otro asunto polémico, y que además se vincula directamente con la forma en la que se clasifican y categorizan las enfermedades, es el que se tratará en el capítulo VII y que nos remite al carácter especialmente problemático de las enfermedades mentales. Una definición de salud y enfermedad puramente naturalista parece ser muy limitada, mientras que la perspectiva constructivista puede abocarnos a una postura según la cual los trastornos mentales son únicamente productos culturales, algo que no todo el mundo estaría dispuesto a aceptar. La categorización de las enfermedades

mentales es un caso privilegiado para ver cómo los factores biológicos se encuentran íntimamente vinculados con los personales y los subjetivos a la hora de decidir qué es lo correcto y lo incorrecto en medicina.

En conclusión, este libro pretende ser una introducción a los temas abordados por la filosofía de la medicina contemporánea en donde se vean expuestas las diferentes corrientes que la conforman. Pero no es solamente esto. En estas páginas también se presenta la que yo considero que es la forma más adecuada de abordar filosóficamente la medicina y que consiste en adoptar un enfoque *pluralista*, *integrador* y *pragmatista* que reconozca que hay formas muy diferentes de entender qué es la salud y la enfermedad y que, para comprender estas distintas concepciones y saber cuál nos conviene más en cada caso, debemos fijarnos no solo en las caracterizaciones teóricas, es decir, en sus definiciones médicas, sino también en sus consecuencias para la misma práctica médica en la que estas nociones han surgido y para la que se han formulado. Las palabras solamente cobran sentido en el contexto de su uso y, si queremos comprender qué significan realmente los términos «salud» y «enfermedad», deberemos analizar cómo estas nociones son entendidas por la medicina y cómo esto tiene importantes implicaciones.

---

[1] Para intentar facilitar la lectura, se han incorporado todas las referencias bibliográficas en notas y no en el cuerpo del texto. Se trata, claro está, de una decisión estilística, pero esto permite que haya dos formas de leer este libro: una ignorando las notas y otra leyéndolas. Ambas son igualmente válidas, aunque probablemente un lector más especializado (o uno que desee especializarse) encontrará útiles los apuntes y las referencias que se señalan en estas notas para profundizar en los contenidos. Por otro lado, cabe señalar que a menos que se señale, todas las traducciones de citas literales han sido hechas por mí.

[2] Para que nadie pueda acusarme de exagerar, aquí van unas pocas referencias: (Bandur, 2001; Brogaard, 2018; Gibson, 2018; Hall 2011; Sanders, 2009). Por supuesto, hay muchísimos más trabajos sobre estos temas, y sobre otros más raros aún.

[3] Hay muchos manuales de historia de la medicina que comienzan desde la misma prehistoria del ser humano: (Ackerknecht, 1982; Kelly, Rees y Shuter, 2003).

[4] (Gadamer, 2017).

[5] Véase: (Laín Entralgo, 1994; López Piñero, 2000; Nutton, 2012).

[6] A este respecto, es muy interesante la monografía ya clásica de Susan Sontag: (Sontag, 1988).

[7] En este libro se utiliza el término «médico» o «profesional médico» para referirnos a todos los profesionales de la salud. Esto incluye, por supuesto, a todos aquellos que, como el personal de enfermería, los investigadores o los gestores sanitarios, participan profesionalmente en la relación asistencial, aunque no reciban generalmente el tratamiento de médicos.

[8] Véase: (Cerezo Magán, 2015; Hipócrates, 2001; Littré, 1843).

[9] Para un estudio sobre la relación entre la filosofía y el pensamiento médico de la época clásica puede consultarse: (Edelstein, 1952 y Frede, 1986).

[10] Estas son algunas monografías recientes que tiene como objetivo explícito servir de manuales académicos de filosofía de la medicina: (Broadbent, 2019; Gifford, 2011; Lemoine, 2017; Marcum, 2008; Solomon, 2015; Stegenga, 2018b; Wulff, Pedersen y Rosenberg, 2002).

[11] En relación con el nacimiento de la filosofía de la medicina como una disciplina propia a finales del siglo XX, son especialmente esclarecedores los trabajos de Edmund Pellegrino y David Thomasma: (Pellegrino, 1976, 1998; Thomasma, 1985; Thomasma y Pellegrino, 1981).

[12] Aquí van unos pocos ejemplos de tratados actuales sobre filosofía de la ciencia: (Bunge, 2013; Chalmers, 2015; Diéguez, 2005; Díez y Moulines, 1999; Suárez, 2019).

[13] (F. Bacon, 2011).

[14] Sobre Bacon, véase: (Farrington, 1966; Zagorin, 1999).

[15] Sobre historia de la ciencia y su relación con el pensamiento filosófico, véase: (Mason, 2012; Ordóñez, Navarro Brotons y Sánchez Ron, 2013; Sánchez Ron y Gaban Bravo, 2018; Solís y Sellés, 2013).

[16] Sobre el Círculo de Viena y su influencia en la filosofía y el pensamiento científico contemporáneos: (Sarkar, 1996; Stadler, 2003; Suárez, 2019).

[17] (Fraassen, 1980; Sellars, 1962).

[18] Algunos textos clásicos sobre la relación entre ciencia y sociedad son: (Castells, 2011; Gibbons, 1994; Latour, 1987; Polanyi, 2013).

[19] Sobre el problema de la demarcación: (Laudan, 1983; Pigliucci y Boudry, 2013; Popper, 2008).

[20] (Hipócrates, 2001; Littré, 1843).

[21] (Lennox, 1995).

[22] (Boorse, 1977).

[23] (L. Y. Nordenfelt, 1995).

CAPÍTULO I

¿QUÉ SIGNIFICA ESTAR SANO O ENFERMO?

1. EL MÉTODO SOCRÁTICO O POR QUÉ LOS FILÓSOFOS ACABAN CAYENDO MAL A CASI TODO EL MUNDO

Quizá una buena forma de empezar nuestro viaje por la filosofía de la medicina sea adoptando lo que podríamos llamar una «actitud filosófica» hacia nuestro campo de estudio. Si de lo que se trata, como se ha dicho en la Introducción, es de observar críticamente la medicina para desvelar el conocimiento tácito que esta implica y poder así juzgar convenientemente sus métodos e implicaciones, nos resultará de inestimable ayuda seguir el método que hizo célebre uno de los primeros héroes de la filosofía occidental: el método socrático.

El ateniense Sócrates (470-399 a. C.) ha pasado a la historia como uno de los pilares fundamentales de la filosofía universal por ser el maestro de grandes filósofos, especialmente de Platón (427-347 a. C.), quien lo inmortalizó como protagonista absoluto de sus más importantes obras, los *Diálogos*[1]. Como el propio Sócrates no nos dejó nada escrito, es muy difícil diferenciar al hombre real del personaje idealizado por Platón, pero en cualquier caso, lo que sí podemos decir es que el retrato que nos ha llegado de Sócrates, principalmente, aunque no exclusivamente, por vía platónica, ha marcado profundamente la imagen de lo que se considera que un filósofo hace y aparenta. Mordaz, carismático y tremendamente incómodo para el *establishment* político de la época, Sócrates supone una figura romántica irresistible para todos los estudiantes y aficionados a la filosofía. Además, y por si su personalidad no fuera suficientemente atractiva, Sócrates tiene el trágico encanto de aquellos que terminan mal por razones injustas: fue condenado a muerte por sus compatriotas acusado de «corromper a la juventud e introducir nuevos dioses».

Hay que reconocer que Sócrates debió de ser un tipo muy incómodo para sus convecinos, sobre todo para los más poderosos. Parte de la explicación de por qué este ciudadano alejado de las cuestiones políticas de la *polis* y al que se describe en las fuentes clásicas como de pequeña estatura, vientre prominente, ojos saltones y nariz exageradamente respingona, acabó siendo tan molesto como para que quisieran quitárselo de en medio, podemos encontrarla en el famoso método filosófico que se refleja en los escritos de Platón.

Lo que hacía este molesto vecino (y, presumiblemente, también sus jóvenes y *corrompidos* discípulos), era plantear la filosofía como una *búsqueda de la verdad* que se planteaba en términos *dialécticos*. Lo que esto significa es que el bueno de Sócrates filosofaba en conversación con otros, en un diálogo con un interlocutor (o varios) en el que se abordaban cuestiones concretas que, aunque pudieran parecer obvias en un principio, demostraban ser tremendamente complicadas. El método socrático consistía en poner en cuestión lugares comunes, creencias populares o ideas poco reflexionadas que, sin embargo, son centrales en nuestra forma de ver el mundo. En la plasmación de la forma socrática de ejercer la filosofía que son los diálogos platónicos, podemos ver que, a pesar de la supuesta humildad que siempre muestra, a cada afirmación que hace su interlocutor, Sócrates consigue encontrar un contraejemplo o un error en la argumentación que la refuta. Finalmente, Sócrates acaba sugiriendo su propia postura al respecto que se reconoce como la mejor posible.

Sócrates conseguía que reputados expertos en sus campos discutieran con él y se prestasen a este juego dialéctico porque era un experto en poner en práctica una irresistible técnica de persuasión que se ha denominado *ironía socrática*. Cuando se acercaba a un general a preguntarle qué es el valor (*Laques*) o a un sabio para interrogarle sobre qué es el conocimiento (*Teeteto*), Sócrates adoptaba una posición de presunta ignorancia sobre el tema y se mostraba admirado y abrumado por la figura del experto, al cual preguntaba con aparente candidez todo tipo de cuestiones dando lugar a una discusión filosófica que acababa demostrando que el presunto experto no lo era tanto y que el ignorante Sócrates era en realidad quien sabía del tema[2]. Por ejemplo, en el diálogo platónico llamado *Hipias Mayor*, también

conocido como *¿Qué es lo bello?*, Sócrates aborda esta cuestión con Hipias, un famoso sofista (algo así como un tutor privado de filosofía y retórica) que está de visita en Atenas[3]. Hipias comete la imprudencia de hablar de lo bello delante de Sócrates como si fuese algo que todo el mundo es capaz de identificar y apreciar (seguramente nosotros también tendamos a pensar que las cosas bonitas lo son para todo el mundo de forma evidente). Esto es lo que da pie a Sócrates para practicar con él su peculiar forma de hacer filosofía. Muy educadamente, Sócrates se dedica a asediar a preguntas a Hipias a fin de que aclare qué es exactamente lo que entiende por «lo bello». A cada intento de definición propuesto por Hipias, Sócrates encuentra una refutación (por ejemplo, «si lo bello es aquello que nos provoca deseo sexual, ¿por qué vemos belleza en cosas como una vasija de cerámica?»). Después de mucho discutir, y tras demostrar a Hipias que no tiene realmente ni idea sobre qué es lo bello, es el propio Sócrates el que acaba proponiendo su definición de la belleza.

La gran lección que nos da Sócrates es que la peor ignorancia es la de aquel que no sabe que ignora. Tal y como cuentan que le dijo el oráculo de Delfos, Sócrates es el hombre más sabio porque al menos él «sabe que no sabe», conocimiento paradójico concentrado en la famosa máxima de «solo sé que no sé nada». Bueno, o al menos esa es la actitud que asume cuando empieza a debatir con aquellos que se suponen que sí que saben.

2. LA FILOSOFÍA Y LOS PRESUPUESTOS MÁS BÁSICOS DE LA MEDICINA. ¿SABEN REALMENTE LOS MÉDICOS QUÉ ES LA SALUD Y LA ENFERMEDAD?

Bien, ¿a qué viene todo este preámbulo sobre Sócrates y el método dialéctico? Pues a que este es precisamente el método de la filosofía de la medicina. Al igual que les ocurría a los vecinos notables de Sócrates, los expertos de la actualidad también asumen muchos conceptos, premisas y teorías de una forma acrítica. Y, al igual que el *tábano de Atenas*, el filósofo actual tiene la labor de señalar y cuestionar estos presupuestos. En medicina son muchas las cosas que se dan por sentado. Si alguna vez queremos

resultar antipáticos a alguien dedicado a la medicina podemos decirle cosas como las siguientes: «tú recomiendas hacer deporte de forma frecuente porque es saludable pero, ¿qué es lo que significa *salud* y por qué es algo recomendable para todo el mundo?», «si afirmas que existen enfermedades psicosomáticas, ¿crees que la mente es algo distinguible del cuerpo?», «sostienes que no hay evidencias científicas que apoyan ciertas terapias pero, ¿qué es exactamente lo que cuenta como "evidencia" y qué es lo que entiendes por "científico"»?

Estas preguntas son molestas para los médicos porque les hacen preguntarse sobre conceptos y premisas que han aprendido en su formación, que han asumido como evidentes o indiscutibles y que además se han mostrado muy útiles en el ejercicio de su profesión. Un médico puede responder perfectamente que si pusieran en tela de juicio cada uno de los conceptos de su profesión sería imposible avanzar en ella y ni siquiera serían capaces de comunicarse entre ellos ni con los pacientes. En otras palabras, un médico no puede permitirse ser también un filósofo analítico. A la filosofía analítica, vertiente de la filosofía originariamente desarrollada en el siglo XX en los países anglosajones y cuyo principal objeto de estudio es el mismo lenguaje, se le ha acusado muchas veces de enredarse en problemas espurios que no acaban llevando a ningún lado[4]. No podemos avanzar en nuestro conocimiento, argumentan los críticos, si nos empecinamos eternamente en enredarnos en rompecabezas filosóficos como, por ejemplo, tratar de dilucidar cosas como qué significa el verbo «significar»[5].

Así pues, la medicina progresa y alcanza enormes logros relativos a nuestra longevidad y calidad de vida incluso sin tener definiciones claras y consensuadas de sus conceptos más esenciales. En concreto, no hay definiciones claras, consensuadas y ni siquiera generalmente aceptadas de lo que significan sus dos conceptos centrales y los que dan sentido a toda la medicina: «salud» y «enfermedad».

Por supuesto que esto no es una característica única de la medicina. A muchas otras ciencias y saberes les ocurre lo mismo. Especialmente llamativo es el caso de la biología, ciencia de lo vivo en donde no hay una definición consensuada de vida. Sabemos mucho, muchísimo, sobre cómo

los seres vivos están conformados, cómo se comportan y cómo han evolucionado. También tenemos cada vez mejores criterios para clasificarlos y estamos empezando a ser incluso capaces de hacer *ingeniería biológica*, manipulando organismos en el laboratorio con muy distintos propósitos. Sin embargo, si alguien pregunta a un biólogo cuál es exactamente la diferencia entre un ser vivo y uno inerte no podrá dar una respuesta que no sea exasperantemente vaga o susceptible de recibir muchos contraejemplos. No obstante, la biología ha conseguido convertirse en la ciencia con resultados más espectaculares de las últimas décadas. ¿Quién necesita una definición de vida cuando puede comprender y utilizar a los seres vivos como nunca antes?[6].

Quizá lo mismo sea válido para la medicina. Mientras nos ayude a curarnos y a vivir con más salud y menos enfermedad, ¿qué importa que no sepamos con total exactitud qué significan estos términos? De todas formas, aunque nos podamos empeñar en que no es necesario tener una caracterización completa de todos los conceptos que se utilizan en una ciencia para que esta sea exitosa, resulta como mínimo sorprendente que la medicina, que no es únicamente una ciencia descriptiva, sino un saber aplicado que propone intervenciones en el mundo (es decir, en nuestros cuerpos y nuestra forma de vivir), sea capaz de funcionar como lo hace sin detenerse a decir qué significa que alguien esté sano o enfermo. Además, cabe esperar que unas mejores definiciones de salud y enfermedad nos ayuden a tener una mejor medicina, tal y como veremos en el siguiente apartado.

3. ¿POR QUÉ NECESITAMOS DEFINICIONES PARA HACER MEDICINA?

Hay al menos dos razones fundamentales por las que la tarea filosófica de aclarar estas nociones es algo importante. En primer lugar, porque salud y enfermedad son los conceptos más elementales que los médicos y pacientes manejan en su día a día y la comunicación entre los médicos, los pacientes y la misma sociedad en su conjunto resultaría imposible si no se

tuviera una idea compartida, aunque sea muy general, acerca de lo que se entiende por estar sano o enfermo. Cuando un médico diagnostica a un paciente, cuando un enfermo acude a buscar ayuda o terapia médica o cuando un gobierno instaura determinadas medidas para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos, se está asumiendo una concepción determinada de salud y enfermedad. Sería necesario asegurarnos de que todos estamos entendiendo lo mismo. La cuestión de la comunicación en medicina es un tema cada vez más abordado por los estudios en humanidades médicas y en salud pública. Que haya una comunicación fluida y clara entre todos los agentes implicados en el cuidado médico es una exigencia frecuentemente declarada de los últimos tiempos. Muchos conflictos éticos se derivan de una mala comunicación e incluso esta puede dar lugar a problemas importantes en la práctica de la medicina[7]. En este sentido, un análisis crítico de lo que significan los conceptos más fundamentales de la medicina demuestra ser bastante más que un lujo filosófico. Si hay diversas formas de entender la salud y la enfermedad, ¿cuál de estas está siguiendo un médico cuando nos dice lo que debemos hacer para curarnos de una *enfermedad*? ¿Cuál estamos usando nosotros cuando le pedimos a ese mismo médico que nos ofrezca algún remedio para volver a estar *sanos*? ¿Son estas concepciones las mismas que se asumen desde las instituciones oficiales cuando nos recomiendan seguir ciertos patrones de vida para promover nuestro *bienestar*? Como bien sabía Sócrates, podemos ser ignorantes aunque ni siquiera lo sospechemos. La filosofía de la medicina nos enseña que podemos ser ignorantes incluso acerca de algo tan aparentemente obvio como la diferencia entre la salud y la enfermedad.

En segundo lugar, la definición de salud y enfermedad es importante por otra cuestión que se ha apuntado anteriormente: la medicina es un saber aplicado. Tal y como veremos con más detalle en el capítulo IV, los médicos no se dedican únicamente a analizar nuestra anatomía y fisiología (lo que se suele llamar *investigación básica*), sino que también se encargan de descubrir y comprobar tratamientos (*investigación clínica*) y de tratar con ellos a sus pacientes (*práctica médica*). La medicina por tanto supone, por un lado, un conjunto de conocimientos teóricos muy complejo y, por

otro lado, una aplicación de esos conocimientos encaminada a la búsqueda de la salud y la lucha contra la enfermedad. No se trata solamente de decir cómo son nuestros cuerpos, sino de intervenir en ellos. La investigación clínica y la práctica médica son actividades dirigidas a fines concretos. Nuestras nociones de salud y enfermedad nos ayudan a juzgar los métodos y resultados de la medicina porque la investigación clínica y la práctica médica se justifican, al menos en gran parte, por la promoción de la salud y el alivio de la enfermedad. Cuando un laboratorio investiga, por ejemplo, una vacuna contra la hepatitis B, podemos quizá creer que lo hace únicamente por afán de lucro y para conseguir el mayor beneficio económico posible. No obstante, el diseño y la puesta a prueba de la vacuna simplemente no tendría ningún sentido si no se considera, aunque sea hipócritamente, que su objetivo es el de curar la hepatitis. Independientemente de los motivos que mueven a la empresa farmacéutica, un medicamento se considera válido si creemos que es capaz de cumplir el objetivo de combatir la enfermedad. Por otro lado, siempre es posible que imaginemos (o recordemos) a un profesional médico malvado que trate a sus pacientes únicamente para lograr un mayor reconocimiento entre sus colegas, optar a un mayor sueldo o una posición social más elevada, satisfacer un desmedido ego o cualquier otra perversa razón que se nos ocurra. Incluso en este caso, la práctica médica se considerará correcta por mucha gente si, efectivamente, sirve para mejorar la salud de sus pacientes. Independientemente de que no lo haga por razones que consideráse mos *buenas*, su práctica médica concreta puede justificarse si sirve para que nuestra salud mejore. No tenemos más que pensar en las caricaturas de médicos asociales que pueden despreciar a su paciente pero que siempre consiguen salvarle la vida, como el televisivo Dr. House.

La medicina es una disciplina *normativa* en un doble sentido: es una disciplina que sigue normas muy concretas acerca de lo que es correcto o incorrecto hacer, y es también un saber que *impone normas en el mundo.* Al mismo tiempo que nosotros podemos juzgar una práctica médica como correcta o incorrecta, esta misma práctica médica establece una distinción entre lo que es correcto o incorrecto con respecto a los pacientes. En otras palabras, nosotros podemos decir que un médico está actuando bien o mal

y, a su vez, el médico también nos puede decir que nosotros estamos comportándonos de forma correcta o incorrecta. En ambos casos el criterio para determinar lo que es correcto es el mismo: el fomento de la salud y la erradicación de la enfermedad. Y por ello es tan importante aclarar estos conceptos. Lo que entendamos por salud y enfermedad es esencial para determinar cuáles deben ser las metas concretas de la investigación clínica y de la práctica médica. Además, si tenemos una idea definida de lo que la medicina se supone que persigue, podremos juzgar mejor qué actividades médicas concretas son o no adecuadas para lograrlo.

4. SALUD Y ENFERMEDAD COMO PROPIEDADES BIOLÓGICAS

Probablemente todo esto quede más claro si observamos las distintas definiciones de salud y enfermedad que podemos encontrar tanto en la literatura médica como en el lenguaje común. Aunque los médicos puedan llevar a cabo su trabajo sin necesidad de tener definiciones cerradas, en ocasiones han tenido que ponerse de acuerdo para ofrecer aunque sea una mínima caracterización de lo que entienden por sano y enfermo.

Muchas veces se ha adoptado un enfoque al que podemos denominar *biologicista*. Tradicionalmente, los médicos que llevaron a cabo la gran revolución de la medicina de la edad contemporánea consideraban que la salud y la enfermedad eran estados objetivos y observables. El enorme desarrollo que en los siglos XIX y XX se experimentó en áreas como la anatomía, la bacteriología o la fisiología llevó a los expertos a creer que la diferencia entre lo sano y lo enfermo era una cuestión de la que debía encargarse la ciencia biológica. En su opinión, sería perfectamente posible identificar una enfermedad, sus causas, su desarrollo y su resolución en términos totalmente científicos y *axiológicamente neutros*, es decir, con total independencia de nuestros valores, creencias o deseos. Desde este punto de vista, el concepto clave era el de *enfermedad*, y la salud se correspondería con el estado normal (es decir, carente de enfermedad) de los organismos biológicos[8].

De esta forma, la distinción entre un individuo enfermo y otro sano es algo que se establece de acuerdo con las propiedades biológicas de cada uno de ellos. Una persona enferma porque ha experimentado un cambio en su biología. Y lo mismo ocurre cuando sana. Una persona se enferma de meningitis, por ejemplo, cuando tras el contacto con un agente infeccioso, generalmente un virus, sufre una inflamación de la piamadre y la aracnoide, dos membranas que protegen al encéfalo y al sistema nervioso central y a las que se llama precisamente meninges (*meningitis*: inflamación de las meninges). Este cambio anatómico conlleva cambios fisiológicos que provocan los síntomas de esta enfermedad: fiebre alta, rigidez en el cuello, dolor de cabeza… Un enfermo de meningitis es alguien que sufre una alteración biológica. De hecho, cuando, tras recibir tratamiento antibiótico, un paciente se cura de la meningitis es porque esta alteración biológica se ha revertido y ha desaparecido la inflamación de las meninges.

Aunque esta noción biologicista de la enfermedad se ajusta bien a muchos casos de enfermedades, la cuestión delicada ahora sería determinar cuáles son los cambios biológicos que conllevan enfermedades y cuáles entran dentro de la normalidad o salud. Los organismos están en constante cambio y transformación. ¿Por qué algunos de los cambios que podemos experimentar son negativos, como la inflamación de nuestras meninges, y otros no lo son, como el aumento del tamaño de nuestros bíceps tras machacarnos a levantar pesas en el gimnasio? El enfoque biologicista puede presumir de ser netamente científico y no incorporar valores subjetivos en su caracterización de lo sano y lo enfermo, pero lo cierto es que no basta con observar las distintas propiedades biológicas para determinar qué estados son sanos y cuáles son patológicos. Para esto es necesario añadir algo más a este enfoque: es necesario que introduzcamos de algún modo nuestras valoraciones acerca de qué estados queremos tener y cuáles queremos evitar.

5. LA DEFINICIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Esto ha sido muy tenido en cuenta por la medicina actual y, de hecho, la forma en la que los médicos definen la enfermedad ha cambiado mucho con el paso del tiempo. Actualmente, la definición médica de salud por antonomasia es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional de 1948. La OMS es una agencia especial de la Organización de las Naciones Unidas que se encarga de administrar y gestionar las intervenciones en materia de salud pública a nivel global. La importancia de este organismo, tanto para combatir las diferentes epidemias y amenazas sanitarias como para el diseño e implantación de programas de promoción de la salud de carácter internacional, es indiscutible. En el mundo cada vez más globalizado que surgió tras la Segunda Guerra Mundial parecía imprescindible contar con una entidad que fuera capaz de superar el marco legislativo y la capacidad de actuación concreta de cada país. Al fin y al cabo, las enfermedades no tienen por qué respetar las fronteras.

Cuando la OMS presenta su constitución, aún vigente, incluye en su preámbulo la siguiente definición: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»[9]. Esta definición ha sido muy criticada por muy distintas razones. Una de las más repetidas es que ofrece una visión de la salud demasiado idealizada. ¿Es posible para alguien alcanzar ese estado de «completo bienestar» físico, mental y social? Se podría pensar que, de aceptar esta definición, la salud sería algo así como un estado utópico irrealizable y, si el objetivo de la medicina es proveer de salud a los individuos, entonces la medicina estará condenada a no cumplir con su propósito. No obstante, la definición de la OMS pone de relieve aspectos muy importantes.

En primer lugar, esta definición remarca el hecho de que la salud es un fenómeno que abarca aspectos físicos, mentales y sociales. La medicina es una práctica social institucionalizada y ha de ser por lo tanto sensible a los factores no solo somáticos, sino también personales y colectivos que afectan a las personas. Si bien es cierto que cada cuerpo es distinto, también es indiscutible que las personalidades de los pacientes, los valores de los profesionales y las características de las sociedades también lo son. Puede

haber diferentes formas de abordar estas dimensiones física, mental y social, pero es imprescindible que la medicina las tenga a todas ellas en cuenta. La perspectiva que adopta la OMS es una de salud pública. Desde este enfoque los sujetos del cuidado médico no son los pacientes individuales, sino grandes colectivos de habitantes. Cuando la OMS propone y ayuda a implantar medidas para impedir la propagación del virus del Ébola o para reducir las preocupantes tasas de obesidad infantil, los factores determinantes personales y sociales son de suma importancia. Estas medidas no pueden llevarse a cabo considerando únicamente los aspectos anatómicos y fisiológicos. El médico debe tener en cuenta todo un conjunto de factores económicos, sociales, ideológicos y culturales si realmente espera tener éxito en sus intervenciones. No parece muy razonable intentar, por ejemplo, combatir enfermedades epidémicas como el SIDA o la obesidad si no se consideran las diferencias en cuanto a acceso a los recursos sanitarios, hábitos de comportamiento o nivel socioeconómico de los individuos de las diferentes regiones y grupos sociales afectados.

En segundo lugar, esta definición explícitamente separa los conceptos de salud y de enfermedad. Comúnmente se entiende que ambos conceptos son más o menos antónimos. La enfermedad es lo que impide la salud, y la salud no es sino la ausencia de la enfermedad. Por ejemplo, si consultamos la definición del diccionario de la Real Academia Española[10] encontramos esta definición de «enfermedad» en su primera acepción:

> enfermedad
> Del lat. *infirmĭtas*, *-ātis*.
> 1. f. Alteración más o menos grave de la salud.

Ambos conceptos se corresponden, por tanto, con estados que son incompatibles entre sí. Una vez que se altera el estado *salud* surge la condición *enfermedad.* Donde se da uno no puede darse el otro. Sin embargo, para la OMS la simple ausencia de enfermedad no implica la salud. Es necesario algo más y no es precisamente poca cosa: es necesario que se dé un *completo bienestar.* Casi nada.

Como se ha dicho antes, las definiciones más básicas sirven tanto para establecer un marco común de conceptos compartidos con los que podamos comunicarnos entre nosotros, como para establecer las metas de la

medicina. La definición de salud de la OMS es, por tanto, una declaración oficial acerca de cuál debe ser el objetivo de la práctica médica. Los médicos no se han de encargar únicamente de identificar, tratar y, cuando sea posible, curar enfermedades, sino que también deben ayudarnos a lograr algo que va más allá de librarnos del mal: el completo bienestar físico, mental y social. Este enfoque que tiene en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también los subjetivos, es lo que se denomina en la filosofía de la medicina enfoque *holístico* (ὅλος [hólos]: «todo», «por entero», «totalidad»). El término holístico aplicado a la medicina no tiene muy buena fama porque en los últimos años se ha utilizado en ocasiones para referirse a ciertas terapias de naturaleza un tanto dudosa. No obstante, en filosofía de la medicina se llama holístico simplemente a la caracterización de la biología que aboga por una estrategia integradora que dé cuenta en un mismo marco teórico de todos los aspectos que afectan a la salud y el bienestar humanos. Un enfoque holístico de la medicina defiende que la salud y la enfermedad están determinadas por factores de origen muy diverso y que se precisa, por tanto, de un tratamiento integral que no se limite únicamente a intervenir en las condiciones físicas de los pacientes individuales, sino también en otros aspectos como sus creencias particulares, sus deseos personales o sus determinantes socioeconómicos.

Definiciones integradoras como la propuesta por la OMS son frecuentemente citadas en la literatura médica[11] y, si presionamos lo suficiente, es probable que algo de este tipo sea lo que nos acabase diciendo la mayoría de los profesionales de la medicina a los que preguntásemos qué es lo que entienden por salud. Ahora bien, aún quedan varias cuestiones pendientes para los defensores de las perspectivas holísticas como, por ejemplo: ¿cómo podemos defender un enfoque que integre los valores subjetivos sin caer en un relativismo extremo? o ¿cómo es posible que haya un consenso tan general en aceptar que ciertos fenómenos, como las infecciones o las fracturas, son patológicos con independencia de los valores de los pacientes? Aunque la salud sea un estado de pleno bienestar personal y colectivo, ¿no hay espacio para una definición objetiva de *enfermedad*?

6. EL ENFOQUE «ECOLÓGICO» DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Tratando de conjugar la ambición de objetividad científica de la perspectiva biologicista y la perspectiva integradora de los enfoques holísticos, la teoría de la medicina reciente ha desarrollado también un enfoque diferente al que podemos llamar *ecológico*: la salud y la enfermedad se fundamentan en las interrelaciones que los individuos establecen con su entorno. Los seres humanos no son entidades que viven de forma independiente y aislada, sino que son organismos que llevan a cabo su vida insertos en un determinado ambiente con el que están en relación constante. Para poder evaluar el comportamiento de un individuo como sano o enfermo es imprescindible entender el carácter contextual de los fenómenos biológicos y la importancia de las características del entorno ecológico en el que los organismos se desenvuelven.

Así, médicos tan influyentes como el microbiólogo Rene Dubos (1901-1982) definieron la salud como «expresiones de éxito o fracaso experimentadas por el organismo en su esfuerzo por responder adaptativamente a los cambios del entorno»[12]. A Dubos se le atribuye la autoría de la famosa máxima *piensa globalmente, actúa localmente*, que tanto ha sido utilizada en los contextos más diversos (desde la teoría política hasta la administración de empresas), la cual cobra todo su sentido si se entiende en el ámbito de la definición de la salud y la enfermedad. Desde un enfoque ecológico, los organismos forman parte de un entorno (un ecosistema) determinado. Este entorno provee al organismo de los recursos necesarios para su supervivencia, pero es cambiante. Los organismos, como nosotros, hemos de ser capaces de *adaptarnos*, es decir, de cambiar nuestro comportamiento para que estos cambios no supongan sufrimiento o muerte. Consideramos que alguien está más o menos sano cuando, al evaluar su comportamiento en un determinado contexto, vemos cómo de bien está adaptado a su entorno.

En esta línea, probablemente el pensador más influyente sea el filósofo y médico francés Georges Canguilhem (1904-1995). Después de Sócrates, Canguilhem va a ser el segundo gran héroe de este libro. Fue miembro del

prestigioso *College de France* en París, compañero de Jean-Paul Sartre y Paul Nizan, miembro activo de la Resistencia durante la ocupación nazi y maestro reconocido de pensadores de la talla de Gilles Deleuze, Jaques Lacan o Michel Foucault. Para Canguilhem, lo que caracteriza a los seres vivos es su carácter *inherentemente normativo*, es decir, el hecho de que para ellos vivir supone tener la capacidad de crear, identificar, obedecer e incluso transformar la percepción de *lo correcto* y *lo incorrecto*. Todo organismo, sea este una bacteria o un humano, está estableciendo una relación dinámica con su entorno en la que «evalúa» lo que le rodea en términos de «bueno» (alimento, refugio, etc.) y «malo» (amenaza, peligro, etc.). Si no hiciese esto, el ser vivo no podría adaptarse a su entorno y no seguiría existiendo.

En su tesis de doctorado en medicina defendida en 1943, algunos años antes de la definición propuesta por la OMS, y publicada más tarde bajo el título de *Lo normal y lo patológico*[13], Canguilhem utiliza esta idea de normatividad biológica para fundamentar la distinción entre lo sano y lo enfermo: lo patológico sería aquel estado biológico en el que un organismo no es capaz de desarrollar esta capacidad normativa de un modo adecuado y, por tanto, se da un desajuste entre las capacidades del organismo y las exigencias del contexto. La tarea de la medicina no sería sino la de preservar y promover las capacidades normativas de los individuos.

En la teoría biológica contemporánea esta concepción normativa de los seres biológicos ha sido rescatada en cierta medida por corrientes y autores que defienden que los seres vivos son principalmente seres *autónomos*, es decir, sistemas que son capaces, hasta cierto punto, de modificar su conducta e incluso su propia estructura y responder así a las condiciones impuestas por su entorno. Esta perspectiva está cada vez más presente en la teoría médica y convive en la actualidad con la de la OMS. Por ejemplo, en marzo de 2009 la revista *The Lancet*, la publicación médica más prestigiosa del mundo, publicó un editorial con el elocuente título: «¿Qué es la salud? La capacidad para adaptarse»[14].

Además, la autonomía es también una noción central para muchos colectivos que abogan por los derechos de los pacientes y los discapacitados. La meta de la medicina, sostienen estos movimientos, no

debería ser que todas las personas se ajusten a un modo predeterminado de vivir en el mundo, sino que todos seamos capaces de alcanzar, desde nuestras diferencias particulares, la mayor autonomía posible. Para ello, no solo es importante tratar a los pacientes, sino también actuar sobre las condiciones del entorno para evitar el desajuste del que advertía Canguilhem.

Paradójicamente, si según la definición de la OMS, «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», es posible no tener ninguna enfermedad y, sin embargo, no estar sano. Según un enfoque ecológico, es posible estar sano y vivir al mismo tiempo estados que comúnmente consideramos propios de la enfermedad. Una persona diabética sigue viviendo y, bajo el tratamiento adecuado, puede hacerlo en muy buenas condiciones. Y lo mismo sucede con cualquier otra persona que viva con una enfermedad. Si siempre que haya una adaptación al medio podemos hablar de salud en el organismo, parece que nos vemos obligados a decir que no existen realmente las enfermedades o, por lo menos, que la noción de enfermedad no puede ser abordada desde este enfoque. Todos los organismos, mejor o peor, están adaptados a su entorno si siguen vivos, es decir, son sanos. El único organismo que no está adaptado de ningún modo a su entorno es el organismo muerto, no el organismo enfermo. Para poder hablar de un organismo enfermo con este marco teórico deberíamos asumir que hay organismos *mejor adaptados que otros*.

7. CONCLUSIONES

Los expertos que se niegan a dar definiciones o pensar en el significado de sus nociones más básicas, argumentando que no lo necesitan para ejercer su especialidad, se parecen en cierto modo a los ciudadanos que no votan en las elecciones porque ninguno de los candidatos les convence. El sistema político sigue en marcha aun cuando no lo haga con gobernantes ideales, así que no importa si tú votas o no, porque otros lo harán y decidirán por ti. Y tampoco importa si no quieres que ninguno de los candidatos llegue al

gobierno, porque finalmente alguno de ellos lo hará y sus decisiones y políticas te afectarán igualmente. Del mismo modo, cuando nos movemos en cualquier ámbito y utilizamos sus conceptos sin pensarlos críticamente, lo que estamos haciendo es dar por buena una interpretación que hemos heredado en la escuela o en la calle porque simplemente nos resulta *obvia*. En otras palabras, necesitamos manejarnos con conceptos, y si no nos tomamos el tiempo y el esfuerzo de cuestionarlos, entonces estaremos asumiendo las definiciones que otros han pensado por nosotros. Como nos decía Sócrates, la persona más sabia es aquella que sabe que no sabe, es decir, que acepta que ignora muchas cosas y por ello dedica su esfuerzo a tratar de aprenderlas. Si continuamente hablamos de salud y enfermedad sin reflexionar debidamente sobre lo que queremos decir, corremos el riesgo de no llegar a entendernos entre nosotros o, lo que es aún peor, de aceptar acríticamente los conceptos que otros han ido conformando e instalando en nuestros planes de formación académica o en la cultura popular. El mayor riesgo de no pensar es que alguien se encargará de hacerlo por ti.

En la teoría médica tradicional son muchos los autores y corrientes que se han volcado en repensar el significado de la salud y la enfermedad y en ofrecer diferentes definiciones. Estas definiciones han pasado de un enfoque biologicista en el que se sostenía que la salud y la enfermedad eran fenómenos puramente biológicos a enfoques más holistas en los que se tenían en cuenta los valores sociales e individuales. Además, la caracterización de la nueva biología, que entiende los organismos como sistemas adaptables que viven en entornos con particularidades propias, abre la puerta también a nuevas formas de entender lo sano y lo enfermo.

En los dos siguientes capítulos veremos cómo la reciente filosofía de la medicina ha asumido la misión de dar con buenas definiciones de estos conceptos básicos más allá de enfoques generales. A modo de Sócrates moderno, el filósofo de la medicina actual pregunta a la literatura médica si tiene una caracterización asentada de salud y enfermedad y descubre que se trata de un problema abierto. Tal y como veremos a continuación, los filósofos han tratado de aportar su método crítico y han propuesto un número cada vez más nutrido de acercamientos teóricos que finalmente han dado lugar a un debate que puede caracterizarse en líneas generales como

una discusión entre dos perspectivas enfrentadas: la *naturalista* (capítulo II), heredera del enfoque biologicista, y la *constructivista* (capítulo III), que recoge las nociones más holísticas y ecológicas.

---

[1] Hay diferentes traducciones y ediciones críticas de los diferentes *Diálogos* platónicos. En español, pueden consultarse, entre otras muchas, las siguientes: (Platón, 2011, 2014, 2017).

[2] Sobre el método y la ironía socrática: (L. Nelson, Kraft y Blanshard, 1951; Overholser, 1993; Vlastos, 1987).

[3] (Platón, 2006, 2013).

[4] Sobre las particularidades de la filosofía analítica y su relación con la filosofía más tradicional, también llamada «continental»: (D'Agostini, 2000; Glock, 2008; Tomasini y Bassols, 2004).

[5] Se lo crean o no los legos en filosofía analítica, hay textos filosóficos clásicos que se titulan precisamente de esa forma: «El significado del significado»: (Ogden y Richards, 1984; Putnam, 1975).

[6] Sobre la cuestión de la definición de vida en biología, véase la compilación de textos clásicos y contemporáneos recogidos en la compilación de Mark Bedau y Carol Cleland: (Bedau y Cleland, 2010).

[7] (Gracia, 2007; Manson y O'Neill, 2007; Simón, 2000; Stagno, Zhukovsky y Walsh, 2000).

[8] Sobre esto: (Cryle y Stephens, 2017; Foucault, 2012; Goffman, 2013).

[9] Puede encontrarse el acta de constitución de la Organización Mundial de la Salud en su sitio web: http://origin.who.int/about/mission/es/.

[10] La Real Academia Española facilita el acceso online a su diccionario: https://dle.rae.es/.

[11] Sobre el enfoque holístico en medicina: (Berg y Sarvimäki, 2003; Dooris, 2009; Goldstein, 1995).

[12] (Dubos, 1965: p. xvii).

[13] Hay edición en español: (Canguilhem, 2005).

[14] (Lancet, 2009).

CAPÍTULO II

EL ENFOQUE NATURALISTA: MEDICINA COMO BIOLOGÍA APLICADA

1. EL DOCTOR HOUSE Y EL MODELO POP DE MÉDICO

En el primer capítulo de la popular serie televisiva *House* nos encontramos con una de las escenas que probablemente mejor describan el carácter y la forma de actuar del médico protagonista del *show*. En un momento en el que el equipo médico está analizando en una sala de reuniones los detalles de un caso muy difícil, uno de los ayudantes del doctor Gregory House le pregunta si no va a ir a ver personalmente al paciente. House le responde de mala gana que él nunca ve a sus pacientes. «¿No nos hicimos médicos precisamente para tratar a los pacientes?», pregunta el ayudante. «No», gruñe House, «nos hicimos médicos para tratar enfermedades. Tratar pacientes es el inconveniente de esta profesión».

La serie televisiva *House* se emitió en multitud de países, España incluida, entre los años 2004 y 2012 (sin contar las reposiciones). Aunque las series y películas de médicos siempre han tenido tirón entre el público, *House* cosechó un éxito sin precedentes y, lo que es más importante para los intereses de este libro, nos es muy útil para señalar algunos aspectos de la imagen que se ofrece del profesional de la medicina y de su labor en los productos de consumo de masas[1].

Por si a estas alturas aún queda alguien que no conozca esta serie, podemos intentar describirla de forma muy breve. En *House* casi todos los capítulos siguen una estructura muy similar. En primer lugar, se nos presenta a alguna persona que sufre una repentina dolencia o traumatismo que le deja en estado muy grave y es trasladada al hospital *Princeton-Plainsboro* para que sea tratada por los mejores especialistas en diagnóstico médico: el asocial pero paradójicamente carismático doctor House y sus

ayudantes. El doctor House dirige su equipo de médicos con mano de hierro. Los mantiene en una presión constante por conseguir resultados y disfruta burlándose de ellos cuando cometen algún error o muestran la más mínima debilidad. Tampoco es mucho mejor con sus pacientes. Con un carácter tremendamente antipático, fruto en gran medida del dolor crónico que sufre debido a un trombo que le dejó con una cojera y una tremenda adicción a los analgésicos, House exhibe un profundo pesimismo antropológico. Cree que «la humanidad está sobrevalorada» y que no vale la pena tener contacto con los pacientes ya que lo único importante son los *hechos* médicos. La información personal que los enfermos puedan proporcionar o bien es irrelevante (¿qué más le dan al médico los deseos, temores o prejuicios de los pacientes?) o falsa («todo el mundo miente» será el *leit motiv* del personaje de House en toda la serie).

Un personaje así no podría ser en principio más antipático para el espectador, pero House tiene también sus cosas buenas: es tremendamente ingenioso en sus respuestas, brillante en sus deducciones y tiene un conocimiento enciclopédico en todos los ámbitos de la medicina. Y, por supuesto, House acierta siempre. A pesar de su desprecio por el género humano en general, y por sus pacientes en particular, es un médico genial capaz de encontrar siempre la salvación allí donde el resto de profesionales «más humanos» no pueden. House se permite no tener en cuenta los aspectos éticos o humanitarios porque, al enfocarse únicamente en las enfermedades, salva a los enfermos. Y, al fin y al cabo, esa es la labor principal de los médicos. ¿O no?

La cultura popular es un elemento privilegiado para conocer muchas cosas de nuestro conocimiento tácito, es decir, los conceptos, teorías y enfoques que damos por sentado. En nuestra sociedad, los productos de cultura de masas, como el cine o la televisión, reflejan mucho de nuestra forma de ver el mundo. Por esta razón, cada vez son más los investigadores interesados en lo que en el mundo anglosajón se conoce como *Cultural Studies*, en donde las manifestaciones más extendidas de la cultura popular constituyen un ámbito de estudio académico de pleno derecho. Además, la relación entre la cultura de consumo y nuestro conocimiento tácito es un camino de ida y vuelta. Las películas más taquilleras, los *shows* televisivos

de moda, los cómics más vendidos o las letras de las canciones que no dejan de sonar en la radio influyen también en nuestra forma de ver el mundo. Como ejemplo de esto, en el año 2008, el *American Journal of Bioethics* publicó los resultados de un estudio acerca de los hábitos televisivos de los estudiantes de la facultad de medicina más prestigiosa del mundo, la de la Universidad Johns Hopkins, en Baltimore. Este estudio demostró que los futuros médicos y enfermeros están enganchados principalmente a las series ambientadas en el mundo sanitario. Curiosamente, su serie favorita no era otra que *House*[2]. Aunque podamos discutir cuán determinante es lo que un estudiante vea en la tele con respecto al tipo de profesional que será en un futuro[3], lo cierto es que este éxito de la serie nos pide al menos una mínima reflexión. El modelo de médico que ofrece el doctor House puede resultar problemático porque se trata de una caricatura indudablemente atractiva de una forma concreta de entender la profesión médica. House es un ejemplo exagerado pero muy convincente de lo que se conoce como *autoritarismo epistémico*, una actitud muy vinculada con lo que, en filosofía de la medicina, se ha llamado *naturalismo*.

2. EL AUTORITARISMO EPISTÉMICO O LA IDEA DE «FUNCIONAMIENTO NORMAL» COMO MODELO PARA LA SALUD

El modelo de médico representado en House se sustenta en la superioridad de aquel que tiene más o mejor conocimiento (*episteme*) sobre un tema para tomar decisiones sobre el mismo. Parece, en principio, una postura bastante razonable. Del mismo modo que nos fiamos de los arquitectos para diseñar las casas en las que vamos a vivir y de los abogados para que defiendan nuestros intereses en un juzgado porque asumimos que tanto los abogados como los arquitectos han recibido una formación especializada y por ello tienen el conocimiento necesario para hacer su trabajo, la autoridad de un médico para tomar decisiones acerca del tratamiento que más nos conviene reside también en su conocimiento privilegiado. En otras palabras, el médico es el más capacitado para tratar

nuestro cuerpo porque es quien mejor conoce los detalles del complejo funcionamiento del cuerpo humano[4].

En filosofía se ha denominado a la perspectiva que considera que la medicina es, sobre todo, una rama aplicada de la biología, como *cientificismo*, *biologicismo*, *reduccionismo mecanicista* o *naturalismo*. Para los que siguen esta forma de entender la medicina, los médicos no son sino científicos que utilizan su conocimiento biológico para ayudarnos a restaurar nuestros mecanismos corporales. El ejercicio de la medicina, defienden los naturalistas, presupone que se admite que hay una *normatividad biológica* (es decir, una forma natural correcta de funcionar) y que el objetivo de los tratamientos médicos es preservarla. Es decir, lo que los médicos hacen principalmente sería ofrecer los medios para que nuestro cuerpo siga funcionando *de acuerdo a unas normas naturales*[5]. El mismo ejercicio de la medicina solo tiene sentido si hay una distinción previa entre funcionamientos biológicos correctos (o normales) e incorrectos (o anormales). Para los naturalistas, esta distinción ha de plantearse en términos *objetivos* y *científicos*. La medicina es una ciencia aplicada y como tal debe ajustarse a las exigencias de pureza, neutralidad y objetividad que pedimos al resto de disciplinas científicas.

Como muestra el caso de *House*, esta forma de entender la medicina está muy presente a nivel popular, y determina en gran medida la forma en la que habitualmente entendemos las nociones de salud y enfermedad. Si volvemos a consultar el diccionario de la RAE nos encontraremos con esta definición de salud:

> salud
> Del lat. *salus*, *-ūtis*.
> f. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Es probable que la mayoría de la gente no tuviera muchos problemas para aceptar esta definición. De hecho, eso es precisamente lo que parece que hicieron los académicos de la RAE. Sin embargo, hay dos conceptos muy importantes en esta definición que son filosóficamente problemáticos y que merecen una reflexión: *funcionalidad* y *normalidad.*

El término *función* hace referencia a un aspecto muy característico de la biología y que es el centro de uno de los debates más clásicos en la filosofía de la ciencia: el presunto carácter *teleológico* de las organizaciones biológicas. Cuando atribuimos una función cualquiera a un rasgo de un organismo, dicen muchos autores, estamos de algún modo atribuyendo una *finalidad* a este rasgo.

La palabra *teleología* proviene del griego τέλος (télos) que significa *fin*. Una explicación teleológica será aquella que da cuenta de un fenómeno o ente del mundo apelando a su finalidad. Utilizamos sin mucho problema explicaciones teleológicas cuando hablamos de artefactos fabricados por los seres humanos («el reloj tiene varias agujas de diferente tamaño *para* señalar con más exactitud la hora») o de instituciones sociales («los bomberos *tienen el objetivo* de sofocar incendios»). En estos casos la finalidad que les atribuimos es importante para explicar cosas relevantes sobre los relojes o los bomberos. Es lo que Aristóteles denominó *causa final* y cuyo conocimiento entendía como un requisito imprescindible para llegar a comprender realmente algo[6].

No obstante, son muchos los que han sostenido que las explicaciones teleológicas son válidas para los artefactos o las organizaciones sociales porque en último término están refiriéndose a una *intencionalidad consciente*, en concreto, a las intenciones de las personas que los diseñan o utilizan. La función de las agujas del reloj es señalar la hora y la de los bomberos es apagar fuegos porque detrás de estos comportamientos están los propósitos humanos que han ideado y utilizan estas entidades con esos fines. Si esto es así, entonces, ¿qué ocurre con el caso de las funciones biológicas? Escuchamos frecuentemente, tanto en el lenguaje común como en el científico, afirmaciones como: «la función del corazón es bombear sangre». ¿Significa esto que estamos asumiendo, aunque sea inconscientemente, que hay un *diseño consciente* del corazón por parte de un ser superior? Si esto es así, entonces, desde un enfoque científico contemporáneo, el cual rechaza por principio explicar lo natural apelando a lo sobrenatural, el mismo concepto de *función* aplicado a los comportamientos biológicos debe ser, cuando menos, muy matizado[7].

El otro concepto problemático de la definición de la RAE es el de *normalidad*. La idea misma de normalidad implica para la medicina un estándar que deben cumplir los organismos biológicos para ser considerados sanos (o al menos para no ser considerados enfermos). El funcionamiento normal es el saludable mientras que un funcionamiento anormal de alguno de nuestros órganos implica una enfermedad[8].

Sin embargo, aun asumiendo que podamos hablar de funciones para los distintos rasgos biológicos de nuestro cuerpo, ¿cómo podemos decir que esta función se está llevando a cabo incorrectamente y, consecuentemente, debe ser reparada por la medicina? Las funciones de los artefactos y de los sistemas sociales pueden llevarse a cabo de forma correcta o incorrecta, pero esto lo decimos si esta función se corresponde o no con las intenciones de las personas que han diseñado o que utilizan esos artefactos o instituciones. Así, si queremos saber qué hora es y a nuestro reloj se le cae una aguja decimos que el reloj no está funcionando bien. Del mismo modo, si los bomberos en lugar de apagar fuegos se dedicasen a provocarlos, entonces (y a no ser que estemos en el mundo de *Fahrenheit 451*[9]) diremos que el cuerpo de bomberos no está cumpliendo correctamente con su función. De modo similar, la distinción entre lo correcto y lo incorrecto, tal y como ocurre también con la distinción entre la salud y la enfermedad, es una distinción normativa, pues implica asumir una norma que se debe cumplir. Pero, ¿cuál es esta norma para el caso biológico en el que no podemos apelar en último término a la intención de un diseñador? ¿Qué o quién decide lo que es *biológicamente correcto*?

Una posible respuesta sería decir que en biología no hay algo así como una «función normal» y que cuando decimos que un órgano está funcionando bien o mal esto no es más que una forma metafórica de hablar. Somos nosotros, las personas, quienes valoramos como correctos o incorrectos ciertos comportamientos biológicos dependiendo de nuestros intereses subjetivos particulares (lo sano es simplemente aquello que queremos y lo enfermo aquello que intentamos evitar).

No obstante, para los teóricos naturalistas existen criterios científicos y objetivos que permiten decir cuál es la función de un órgano y cuándo esta función se está llevando a cabo correctamente. La medicina no sería sino la

ciencia que se encarga de detectar y corregir los funcionamientos orgánicos anormales. Del mismo modo que llevamos una lavadora al mecánico si funciona mal, vamos al médico cuando alguno de nuestros órganos «nos falla». De hecho, utilizamos incluso la misma expresión, «hacer una revisión», tanto para nuestras máquinas como para nuestros cuerpos.

Esta es una interpretación de la distinción salud/enfermedad muy presente en la cultura popular, pero es también la que está detrás de muchas propuestas filosóficas y éticas como las de los influyentes Norman Daniels o Dan W. Brock. Para estos autores, un enfermo es alguien en el que «algo no funciona bien». El trabajo del médico no es otro sino averiguar qué es eso que no funciona como debería y «arreglarlo», lo que a su vez presupone que ese algo que no funciona puede ser descubierto «desde fuera», es decir, sin tener en cuenta cómo lo vive la persona afectada[10]. Es por esto por lo que un médico naturalista convencido, como el doctor House, no tiene por qué tratar con los pacientes sino simplemente con sus cuerpos. Lo importante es saber cuál es el funcionamiento *normal* que el organismo del paciente *debe mostrar* y, una vez identificada la causa por la que no lo está haciendo, reconducirlo hacia la normalidad.

Ahora bien, ¿cómo sabemos cuál es el estándar que marca la normalidad en medicina? En líneas generales, podemos decir que existen dos grandes estrategias naturalistas para identificar, de forma objetiva, estos criterios. Por un lado, la de los enfoques que defienden un *normativismo vital* (apartado II.3), y, por otro lado, la de las propuestas *bioestadísticas* (apartado II.4).

3. LA NORMATIVIDAD VITAL: LA SALUD ES EL SILENCIO DE LOS ÓRGANOS

El *normativismo vital* es la postura que defiende que hay algo así como «normas naturales» que determinan las actividades de nuestros cuerpos y que es posible inferir un modelo o estándar de funcionamiento correcto a partir de la observación de la fisiología de los organismos. Este normativismo vital parece estar en la base de la perspectiva naturalista y

parece encajar muy bien con los casos que, como los que aparecen en las series de televisión de médicos, hacen referencia principalmente a enfermedades agudas o a casos de vida o muerte. En un accidente de coche o un infarto agudo de miocardio no parece que la realidad de la enfermedad sea algo muy discutible, ni que las peculiaridades subjetivas del paciente o el médico sean muy relevantes. Resultaría extraño entrar en una discusión sobre cómo afectan nuestros valores culturales a nuestra concepción de la enfermedad cuando estamos frente a una persona que se está muriendo delante de nuestras narices. Algunos autores han defendido que las preocupaciones filosóficas por nuestros valores y creencias acerca de la enfermedad surgen solo cuando esta es llevadera o crónica, o cuando, al menos, no supone una emergencia inmediata sobre la que se deba actuar rápidamente[11]. Nadie filosofa cuando está dirigiendo todos sus esfuerzos a pelear contra la muerte. El famoso proverbio latino *primum vivere deinde philosophari* (primero vivir, luego filosofar) adquiere aquí un significado tremendamente literal.

Sin embargo, incluso en este mismo contexto de la medicina de urgencia, hay quien se ha planteado preguntas filosóficas acerca de los fundamentos últimos de la medicina. Los estragos de la guerra y el avance de la medicina han mantenido una estrecha relación a lo largo de la historia. Son muchos los logros médicos que han tenido lugar tratando a los múltiples heridos que dejan los conflictos armados. Si la medicina es una mezcla entre ciencia y arte en la que la pericia del doctor juega un papel fundamental, entonces la guerra y sus múltiples damnificados constituyen una oportunidad excepcional para ejercitar esa pericia. «La guerra es la mejor escuela para el cirujano», dijo Hipócrates. En época moderna, la guerra ha dado lugar también a la aparición de elementos médicos tan comunes hoy en día como las ambulancias, los antisépticos o la anestesia. La doctora Mary Merritt Crawford describió la relación entre la guerra y la medicina en los siguientes términos: «una guerra beneficia más a la medicina que a ninguna otra cosa. Es terrible, pero es así»[12].

Los médicos que han trabajado bajo el fuego bélico figuran en el panteón de los héroes de la profesión, desde Charles Drew hasta los profesionales de *Médicos Sin Fronteras*. El francés René Leriche (1879-

1955), fue uno de estos médicos de guerra. Llamado a filas durante la Primera Guerra Mundial, Leriche colaboró con grandes especialistas franceses en el tratamiento de urgencia de los soldados y fue allí donde se hizo con una merecida fama de hábil e inteligente cirujano. La leyenda dice que fue suya la idea de usar un único color para el tejido de todas las ropas que se usaran dentro del quirófano. Estas prendas debían ser adecuadamente aseptizadas y, al ser todas del mismo color, se aseguraba que en los quirófanos no entraba nadie con prendas que pudieran ser contaminantes. Leriche eligió el color azul y este protocolo pronto se adoptó mundialmente, algo que consiguió evitar muchas infecciones y rebajar enormemente la mortalidad en las operaciones quirúrgicas. Además, la guerra también le descubrió a Leriche el que iba a ser el ámbito de estudio principal de su vida: el dolor. Profundamente afectado por todos los mutilados y heridos que vio en el campo de batalla, Leriche fue uno de los primeros médicos que reclamaron la importancia de tratar a los pacientes de la forma menos traumática posible. La misión del doctor no consistía solamente en salvar la vida al soldado, sino en tratar de evitar el dolor al paciente.

El dolor es el principal enemigo del médico, y no lo es solo por razones exclusivamente humanitarias. El médico debe tener en cuenta el sufrimiento del paciente porque es algo distintivo de la enfermedad. El dolor indica enfermedad y la ausencia de dolor es sinónimo de salud. «La salud es el silencio de los órganos», es la sentencia más famosa de Leriche y la que resume toda su filosofía. Lo que Leriche quería decir con esto es que el dolor es una señal para el médico (un «síntoma») porque evidencia que hay algo que va mal en el cuerpo del paciente. El cuerpo humano se revuelve contra la enfermedad con dolor y el alivio del dolor es una especie de imperativo biológico que no se puede obviar. El propio cuerpo humano es capaz de identificar ciertos estados como «negativos» (una hemorragia, un sobrecalentamiento, un déficit de nutrientes, etc.) y desencadena toda una serie de respuestas fisiológicas para revertirlos. Cuando no es capaz de hacerlo o encuentra dificultades para ello es cuando, según Leriche, aparece el dolor[13].

Parecería, por lo tanto, que hay una especie de «normatividad interna» en los organismos. Del mismo modo que las sociedades tienen normas, leyes y costumbres que se cuidan de preservar mediante diferentes instituciones (juzgados, policía, gobiernos, etc.), los seres vivos presentan también en su organización biológica una suerte de estabilidad fisiológica que cuando es amenazada da lugar a ciertas respuestas adaptativas: si el cuerpo se calienta mucho, se activa la sudoración; si en cambio se enfría demasiado, comenzamos a tiritar. Walter Bradford Cannon, pionero de la fisiología, la rama de la biología que estudia el comportamiento de los órganos, bautizó como «homeostasis» a esta actividad autorregulada de los seres vivos que buscan persistir en condiciones estables que le permitan su automantenimiento[14].

Para algunos filósofos de la medicina este comportamiento biológico es una prueba de que es el propio organismo quien establece la diferencia entre lo sano y lo enfermo[15]. Así, James Lennox, un filósofo de la Universidad de Pittsburgh, sostiene que los conceptos de «salud» y «enfermedad» se corresponden efectivamente con valores[16]. Lo sano es bueno y lo enfermo es malo. Pero los valores de los que habla Lennox no tienen su fundamentación en el discernimiento moral humano. Esta distinción entre estados buenos y malos no es algo que dependa de la perspectiva del observador. Es decir, da igual lo que opine el médico. De hecho, incluso da igual lo que piense el paciente sobre su propio estado. Es el propio organismo quien, a través de respuestas adaptativas, como el dolor, distingue los estados como correctos o incorrectos. La vida requiere que una gran cantidad de actividades sean llevadas a cabo de forma coordinada y eficiente. Las funciones biológicas, como el bombeo de la sangre por parte del corazón o la segregación de la orina por parte del riñón, son esenciales para poder seguir manteniéndonos con vida. Nuestra existencia depende, en último término, de que nuestros órganos sean capaces de llevar a cabo correctamente sus funciones biológicas. Nuestra propia organización fisiológica implica, por tanto, una distinción que nuestro cuerpo hace *de facto* entre comportamientos correctos e incorrectos. Esto es lo que se denomina *normatividad vital*.

En resumen, lo que los partidarios de esta perspectiva naturalista defienden es que la distinción médica entre «salud» y «enfermedad» es estrictamente biológica y, más concretamente, fisiológica. Si queremos saber qué es lo saludable debemos acudir a los libros de fisiología. Las descripciones fisiológicas recogen los estados ideales de funcionamiento de nuestros órganos. Este ideal fisiológico se correspondería con la salud y las desviaciones funcionales —las cuales implican en muchas ocasiones respuestas biológicas tan indeseables como el dolor— con lo que ha de ser tratado médicamente.

Sin embargo, este enfoque reduccionista y biologicista no deja de plantear cuestiones de difícil solución para el filósofo, incluso para el filósofo naturalista: ¿de dónde surge ese ideal presente en los libros de texto? ¿Por qué hemos de ajustarnos a esta forma concreta de ver los organismos? ¿Cómo se establece exactamente lo *biológicamente normal*? Está claro que para poder distinguir lo correcto de lo incorrecto necesitamos de algún tipo de estándar, es decir, de un modelo ideal que nos permita comparar estados de salud. Si un estado concreto se ajusta a este ideal, estamos ante lo sano. Por el contrario, si un estado no se corresponde con el estándar, entonces es cuando podemos categorizarlo como enfermo. No obstante, no está claro cómo se establece un ideal fisiológico. En filosofía se llama *petición de principio* a la falacia consistente en tratar de demostrar algo asumiendo ese algo en la misma demostración. Esto es lo que parece que puede estar ocurriendo en este caso: decimos que un órgano está funcionando correctamente porque se ajusta a un modelo predeterminado, el cual recoge los funcionamientos correctos para ese órgano. Del mismo modo que no parece muy satisfactoria una demostración que diga algo así como: «todo lo que dice mi libro es verdadero porque eso es lo que pone en el libro», tampoco parece que podamos conformarnos con un estándar de salud basado en una descripción de los estados de salud ideales sin aclarar debidamente por qué estos estados son los ideales. Esta es, de hecho, una de las características más típicas del autoritarismo epistémico en medicina.

Ni siquiera podemos contentarnos del todo con la respuesta de Leriche de que es el silencio de los órganos el que señala lo saludable. Los órganos «hablan» con mucha frecuencia, desde el latido del corazón a los procesos

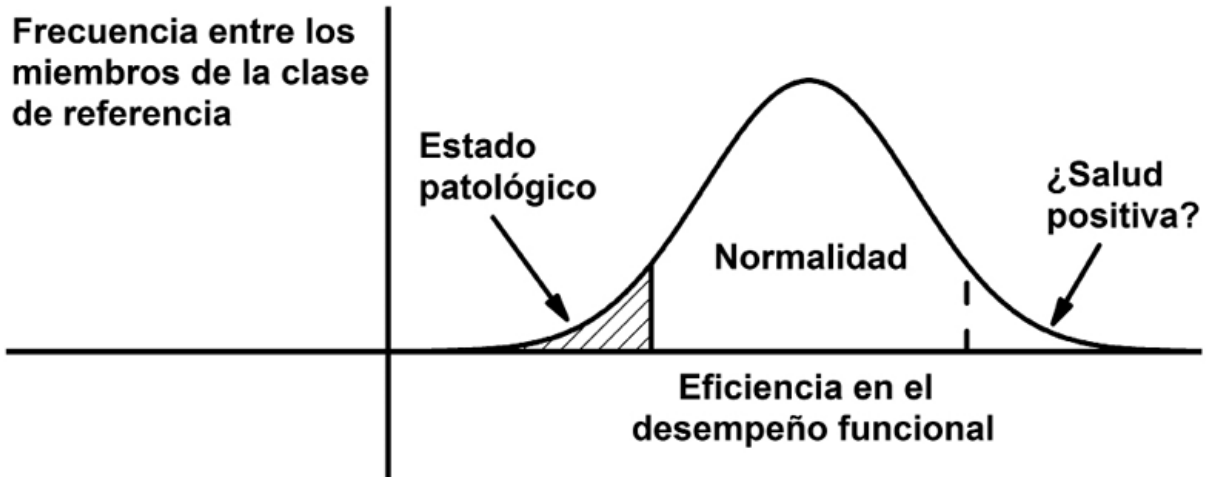
digestivos, y la diferencia entre señales «buenas» y «malas» es establecida por nosotros de acuerdo a nuestra valoración personal. Las funciones biológicas pueden llevarse a cabo de muy diversas maneras y no hay una única forma de funcionar en el mundo que garantice la supervivencia. Un corazón puede bombear sangre con intensidades y ritmos muy diferentes sin dejar de ser en ningún caso un elemento que contribuye de forma indiscutible a que sigamos con vida. Necesitamos ir un paso más allá de nuestras intuiciones normativas y tratar de fundamentar por qué hay respuestas corporales que consideramos negativas, como el dolor (en la mayoría de los casos), y otras neutras o incluso positivas, como la sudoración. Los manuales de medicina incluyen efectivamente descripciones muy completas del funcionamiento de nuestros órganos. Estas descripciones pueden ser vistas como un ideal normativo. Sin embargo, es posible interpretar este estándar no como una idealización del funcionamiento perfecto que desearíamos para nuestros órganos, sino más bien como una exposición del funcionamiento que se lleva a cabo en la mayoría de los casos. Este es precisamente el presupuesto básico sobre el que se va a desarrollar el enfoque bioestadístico que se expone en el siguiente apartado.

4. BOORSE Y EL DETERMINISMO FUNCIONAL. NORMATIVIDAD COMO NORMALIDAD ESTADÍSTICA

Seguramente el filósofo de la medicina contemporáneo más influyente sea el profesor de la Universidad de Delaware, el norteamericano Christopher Boorse. En la década de los 70 del pasado siglo XX, Boorse publicó varios trabajos en los que defendía un enfoque al que denominó *bioestadístico*[17]. Según Boorse, la diferencia entre la salud y la enfermedad es una cuestión científica, biológica y objetiva, por lo que se alineaba con los teóricos naturalistas. La principal novedad es que el criterio para decidir qué funcionamiento biológico era el correcto era estadístico: los individuos enfermos serían aquellos que no son capaces de llevar a cabo (al menos alguna de) sus funciones orgánicas con la misma eficiencia con la que lo

hacen la mayoría de los individuos de su misma clase. Así, para Boorse el estándar de normalidad se corresponde con lo estadísticamente mayoritario. Si tomamos una *clase de referencia* concreta, es decir, todos los individuos que comparten especie, sexo y edad, y observamos el modo en el que sus órganos contribuyen a la supervivencia y la reproducción, podemos establecer el criterio objetivo de normalidad que permite distinguir a los enfermos de los sanos. Lo que hace la mayoría de los individuos sería lo normal, mientras que la incapacidad para estar en este grupo de *los normales* sería lo característico de la enfermedad.

Boorse representa esto de la siguiente manera:



Distribución de los individuos en una población con respecto a la eficiencia en la que ejercen sus funciones biológicas, lo que permite distinguir entre sanos (es decir, los normales) y enfermos (los que se alejan de la normalidad) según la teoría bioestadística de Boorse (adaptado de Boorse, 1997). Obsérvese que, en el lado derecho de la campana, Boorse abre la posibilidad para un concepto de «salud positiva» extraordinaria cuya caracterización teórica no desarrolla en su obra.

A este tipo de representación se la denomina *distribución normal* o *distribución gaussiana* y es la distribución probabilística más frecuente en estadística y teoría de probabilidades. Una población se ajusta a esta descripción formal cuando la mayoría de los individuos se concentra en torno a ciertos valores de una propiedad y, según nos alejamos de estos valores mayoritarios, son cada vez menos los individuos de la población que encontramos, presentando una distribución con forma acampanada y simétrica. Por ejemplo, si medimos la estatura de un grupo de estudiantes

podremos ver que la gran mayoría de ellos tienen una altura que rondará la estatura media de la clase, pongamos por ejemplo 1,70 metros. Un número similar de estudiantes serán un poco más altos (entre 1,71 y 1,85) y un poco más bajos (de 1,69 a 1,55) y solamente unos pocos serán mucho más altos (más de 1,86) o mucho más bajos (menos de 1,54). El grado en el que los individuos difieren de la estatura promedio se calcula con lo que se conoce como *desviación típica* y es lo que determinará la forma concreta de la función de la distribución normal (la campana). En algunas ocasiones la diversidad de una población será mayor y en otras menor, pero en todos los casos son los valores promedio los que marcan la norma.

Lo que hace Boorse al utilizar esta idea de distribución normal en medicina es equiparar dos sentidos distintos de la palabra *normal*. Por un lado, el de algo que sirve de regla o estándar y, por otro, el de *habitual* o *corriente*. Y Boorse hace esto porque sostiene que lo mayoritario es lo sano porque se corresponde con el *diseño de la especie*. Las especies biológicas han sido forjadas evolutivamente y muestran un diseño de funcionamiento estándar que se ha probado útil para la supervivencia y la reproducción de los individuos. La mayoría de los individuos presentan este diseño y es por ello que podemos utilizarla como el estándar para juzgar qué es lo sano y lo enfermo en medicina.

Desde esta perspectiva, por ejemplo, es posible inferir cómo deben funcionar los pulmones de todas las mujeres de entre 50 y 60 años a partir de la observación de cómo efectivamente funcionan realmente. Esto permite establecer unos *valores de referencia* o *valores de normalidad* que sirven al médico para marcar los límites de la salud. Si los pulmones de una mujer concreta no son capaces de contribuir a la llegada de oxígeno a la sangre con la misma eficiencia que lo hacen los pulmones de la mayoría, entonces es cuando nos encontramos ante un problema médico. Y esto es válido para el funcionamiento de todos los órganos. El funcionamiento orgánico típico de la mayoría de los individuos permite señalar unos valores de referencia y estos valores establecen los límites de la normalidad.

Aunque Boorse defiende que esta es la forma en la que los médicos entienden la distinción salud/enfermedad, y hay muchos casos en los que efectivamente esto parece ser así (cualquiera que se haya hecho un análisis

de sangre o se haya medido la tensión ha podido comprobar que hay unos valores de referencia que le permiten comparar su propio estado con la norma), el enfoque bioestadístico ha sido muy criticado en filosofía de la medicina[18]. Por ejemplo, se le ha achacado a Boorse que no es capaz de dar cuenta de ciertas enfermedades que parecen ser muy mayoritarias en las poblaciones actuales, como la miopía y la caries. Los críticos (y seguramente también los dentistas) creen que no parece muy razonable dejar de considerar algo como una enfermedad que deba tratarse simplemente porque sea algo muy común. Además, Boorse obvia en su enfoque los cambios que se pueden dar en una población debido a transformaciones en el ambiente o en lo que se conoce como *determinantes sociales de la enfermedad*. Las circunstancias de cada población pueden llevar a que se instauren en la mayoría de la población circunstancias muy penosas para la salud, como hambrunas o problemas de contaminación. Como bien sabe cualquiera que haya vivido algún tiempo en sociedad, no siempre lo que hace la mayoría es necesariamente lo correcto.

Por otro lado, además de que lo mayoritario puede no ser necesariamente lo saludable, lo minoritario no tiene por qué ser forzosamente patológico. Tal y como Ronald Amundson criticó a Boorse[19], el enfoque bioestadístico y su idea de diseño de especie se basan en un *determinismo funcional*: todos los miembros de una misma clase de referencia deben funcionar de la misma manera. Sin embargo, hay muchas peculiaridades biológicas muy inusuales que implican modos de funcionamiento muy alejados del promedio pero que no deberían ser calificados por ello como incorrectos. De hecho, lo característico de los organismos biológicos es la diversidad y no la uniformidad. No podemos olvidar que el que los organismos sean capaces de desarrollar nuevos modos de funcionamiento es algo que permite y promueve la evolución biológica. No surgirían nuevas especies si no hubiera emergencia de diversidad funcional.

Además, podemos apreciar que hay funcionamientos orgánicos que no se ajustan al modelo estándar de la mayoría de los individuos, pero que son compensados de alguna manera y que incluso a veces son vistas como algo positivo por los individuos que los poseen. La posibilidad de una diversidad de funcionamientos válidos es una realidad irrefutable para muchos

colectivos de personas con discapacidad, quienes reivindican que se debe abandonar el determinismo funcional para adoptar una perspectiva más amplia que tenga en cuenta que es posible alcanzar unos mismos *niveles* de funcionamiento desde *modos* muy diversos de funcionar.

Un ejemplo muy llamativo de esto es el de la historia del reglamento del baloncesto en silla de ruedas. En este deporte los jugadores son clasificados según sus capacidades y se les otorga un cierto número de puntos a cada uno de ellos dependiendo del grado de limitación que presentan para el juego. De esta forma, a aquellos jugadores con mayores limitaciones se les da 1 punto, mientras que los que muestran menos limitaciones pueden tener hasta 4,5. Esto se hace porque, según el reglamento, cada equipo solamente puede jugar con jugadores que, en su conjunto, no superen un determinado número de puntos. De esta forma, jugadores con mayores y menores limitaciones han de jugar juntos y se mantiene así además un cierto equilibrio entre los equipos. ¿Cómo se decide qué categoría pertenece a cada jugador y consecuentemente cuántos puntos se le da? En las primeras reglamentaciones hechas en Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial, diversos comités médicos clasificaban a los jugadores tras un examen físico. Dependiendo de la lesión que tuviera, un jugador pertenecía a una categoría o a otra. Este sistema demostró ser muy ineficiente. Jugadores con una misma lesión mostraban capacidades muy diferentes para el juego dependiendo de aspectos como el desarrollo de la musculatura de su abdomen u otras características personales como la altura y el peso. El sistema de clasificación tuvo que cambiar y ahora mismo se utiliza uno en el que lo que se evalúa es la capacidad de cada jugador para correr, pivotar, bloquear la pelota o lanzar a canasta. Quizá este método sea «menos médico», pero se corresponde con el hecho de que los individuos tienen muchas formas de compensar el funcionamiento anormal de sus órganos para alcanzar ciertos niveles de eficiencia. La diferencia entre la salud y la enfermedad, así como la diferencia entre las posibilidades de un jugador de baloncesto y otro, no puede basarse únicamente en la forma de funcionar típica de la mayoría. El determinismo funcional supone una perspectiva muy pobre para valorar las capacidades de las personas.

5. CONCLUSIONES

¿Es posible, por tanto, definir la salud y la enfermedad desde un enfoque naturalista? Entendiendo la medicina como una *biología aplicada* al caso del cuerpo humano, los autores naturalistas buscan encontrar criterios objetivos para distinguir lo sano de lo enfermo. La concepción de la medicina como una ciencia es algo muy presente en nuestra cultura popular. Los mismos médicos del cine y la televisión son muchas veces médicos naturalistas que demuestran un claro autoritarismo epistémico. Además, el propio cuerpo humano parece ajustarse también a reglas. Las reacciones orgánicas que tenemos frente a una lesión o las respuestas adaptativas que experimentamos cuando el ambiente se vuelve agresivo parecen señalarnos que hay buenos motivos para decir que nuestra propia biología ya presupone una distinción normativa entre lo saludable y lo dañino. Además, y por si aún tuviéramos problemas para saber cuál es el estándar concreto que nos ofrece nuestro conocimiento biológico, podemos apelar al comportamiento típico de nuestra especie para dar con él. Si somos seres biológicos producto de la evolución, entonces el funcionamiento orgánico normal de los miembros de nuestra especie debe estar vinculado de alguna forma con nuestra capacidad para sobrevivir y reproducirnos.

En definitiva, para los naturalistas hay normas que distinguen lo biológicamente correcto y lo incorrecto, la salud y la enfermedad, pero estas normas no las imponemos nosotros, sino que vienen dadas por la misma naturaleza. «La vida es normativa» dijo Canguilhem[20]. El médico, por lo tanto, debe encargarse de identificar esta normatividad natural y ayudar al cuerpo a preservarla y, cuando sea necesario, a restaurarla.

No obstante, esta forma de entender la salud y la enfermedad puede dejar descontentos a muchos. ¿De verdad los valores personales no juegan ningún papel? ¿Nuestra cultura, nuestras creencias y nuestros deseos no influyen de ningún modo en lo que pensamos acerca de qué es sano y qué no lo es? Esto es, cuando menos, filosóficamente delicado.

Si lo observamos con detenimiento, el enfoque naturalista parece estar muy cerca de la confusión entre el «ser» y el «deber ser» del que ya advirtió David Hume en el siglo XVIII[21]. Del hecho de que las cosas sean de una

determinada manera no se sigue que estas *deban ser así*. Por mucho que nos insistan los anuncios de cosméticos, ¿por qué deberíamos aceptar que lo natural es lo más sano? Ni la ropa, ni la tecnología, ni, por supuesto, la medicina, pueden ser vistas como fenómenos naturales y, no obstante, nuestra salud parece hoy estrechamente dependiente de estas realidades «artificiales». Nuestra concepción de la salud parece ir más allá de esta idea de normatividad natural presuntamente visible en nuestro diseño biológico.

Además, esta identificación entre lo saludable y lo natural recuerda también preocupantemente a la *falacia naturalista* descrita por el filósofo británico G. E. Moore en su obra *Principia Ethica*, en 1903[22], que consiste en argumentar identificando «lo bueno» en términos morales con una propiedad natural. Es posible que haya ciertas características biológicas que estén extendidas entre la mayoría de la población, que sean el producto de nuestra historia evolutiva o que respondan a características orgánicas bien definidas, pero la carga normativa que implica la distinción salud/enfermedad precisa de algo más. Tal y como recientemente ha defendido Marc Ereshefsky, no es filosóficamente válido fundamentar *afirmaciones normativas*, como «esto es sano», en *descripciones de estados*, como «así es como funciona la mayoría» o «esta es la temperatura corporal a la que tiende el organismo»[23].

En esta línea, se ha defendido que *salud* y *enfermedad* pueden ser vistos como *conceptos densos* (*thick concepts*) en los que está presente tanto una dimensión descriptiva como una valorativa[24]. La categorización de ciertos estados como sanos o enfermos recoge, por un lado, una descripción de cómo son esos estados y, por otro lado, una valoración acerca de la consideración que esos estados nos merecen a nosotros, del mismo modo que otros conceptos como *valiente* o *cruel* son también descriptivos y valorativos al mismo tiempo. Así, cuando decimos de un comportamiento que es valiente o cruel no solamente estamos describiendo ese comportamiento (por ejemplo, llamamos comportamiento valiente a aquel que supone la asunción de riesgos y comportamiento cruel al que implica daño innecesario a otras personas), sino que estamos también expresando un juicio valorativo (admiramos aquello a lo que llamamos valiente y condenamos lo que denominamos cruel). De hecho, podemos incluso

utilizar términos densos distintos para referirnos a un mismo hecho dependiendo de cuál sea nuestra valoración del mismo, como cuando un acto es llamado valiente, imprudente o temerario.

El punto de vista naturalista que se ha expuesto en este capítulo obvia esta dimensión valorativa subjetiva. Las nociones de salud y enfermedad implican una toma de postura normativa que conlleva no solo una descripción de un estado, sino su valoración como correcto o incorrecto.

El contrapunto a la perspectiva naturalista en filosofía de la medicina que se expone en el siguiente capítulo, en cambio, asume la importancia de los valores subjetivos para la distinción entre la salud y la enfermedad. El *enfoque constructivista* defiende que son precisamente estos valores lo más determinante en nuestras definiciones de salud y enfermedad y que la mejor forma de abordar la filosofía de la medicina es adoptar una estrategia que no busque encontrar fundamentos objetivos para nuestros conceptos, sino comprender mejor los prejuicios personales y sociales que nos llevan a asumirlos, para así poder criticarlos o incluso superarlos.

---

[1] Se puede encontrar buena información sobre la serie en sitios web como Wikipedia: https://en.wikipedia.org/wiki/House_(TV_series) o IMDb (https://www.imdb.com/title/tt0412142/). Los filósofos se han acercado con interés a esta producción televisiva, prueba de ello es el libro *House and Philosophy*, en el que varios académicos desgranan las implicaciones filosóficas de la serie (Jacoby, 2008). Yo mismo escribí, junto con Antonio Casado, profesor de filosofía moral de la Universidad del País Vasco, un artículo sobre la figura del doctor House como modelo para considerar las nociones de salud y enfermedad (Casado Da Rocha & Saborido, 2010).

[2] Este es el estudio: (Czarny *et al.*, 2008).

[3] Mark Wicclair publicó una nota poniendo en duda la relevancia de los resultados de este estudio: (Wicclair, 2008).

[4] Sobre autoritarismo epistémico: (Feldman, 1995; Frosch *et al.*, 2012) y su relación con la medicina: (Frosch *et al.*, 2012; Lloyd, 1974; Ruger, 2005).

[5] Sobre esta idea de normatividad natural: (Barham, 2012; Canguilhem, 2005; Davies, 2003; Saborido, 2013b).

[6] La teoría de las cuatro causas de Aristóteles puede encontrarse en: (Aristóteles, 2014). Para un estudio sobre esta teoría de las causas, véase: (Hankinson, 2001; Hocutt, 1974; Johnson, 2005).

[7] El concepto de función biológica, con sus dimensiones teleológica y normativa, es uno de los puntos de debate más centrales de la filosofía de la biología. Para introducirse en el tema puede

consultarse: (Bekoff y Lauder, 1998; Saborido, 2014; Wouters, 2005).

[8] Peter Cryle y Elizabeth Stephens han elaborado un completo estudio acerca del origen y la evolución del concepto de normalidad tanto en el lenguaje común como en el científico: (Cryle y Stephens, 2017). Ha habido influyentes críticas filosóficas a la idea de normalidad y a su uso para reprimir a ciertos colectivos: (Amundson, 2000; Davis, 1995; Warner, 2000).

[9] (Bradbury, 2016).

[10] (Brock, 1993; Daniels, 1985).

[11] (Kuhse y Singer, 2009; Naik *et al.*, 2009; Spicker, 1976).

[12] Sobre la relación entre la guerra y la medicina: (Cooter, Sturdy y Harrison, 1999; Freemon, 2001; Gabriel, 2016; Mayhew, 2017).

[13] De y sobre Leriche: (Degenaar, 1979; Ioncioaia, Bud y Muresan, 2016; Leriche, 1949).

[14] Las principales obras en las que Cannon presentó su teoría de la homeostasis fueron: (Cannon, 1929, 1932). Para un estudio reciente sobre la idea de la homeostasis en relación con la salud: (Dussault y Gagné-Julien, 2015).

[15] He abordado esta cuestión en algunos trabajos: (Saborido & Moreno, 2015; Saborido, Moreno, González-Moreno & Hernández-Clemente, 2016; Saborido, 2009).

[16] (Lennox, 1995).

[17] En los años 70 del siglo xx, Boorse revitalizó la filosofía de la medicina con estos artículos: (Boorse, 1975, 1976, 1977). En las últimas décadas, Boorse ha vuelto a formular su teoría en diversos trabajos, matizando algunos de sus aspectos y respondiendo a los críticos: (Boorse, 1997, 2014, 2016).

[18] Véase, por ejemplo: (Cooper, 2002; Kingma, 2010; L. Nordenfelt, 2006).

[19] (Amundson, 2000).

[20] (Canguilhem, 1976, 2004).

[21] (Hume, 2005).

[22] (Moore, 1959). Para una breve nota sobre esta cuestión, véase: (Saborido, 2013).

[23] (Ereshefsky, 2009).

[24] Véase: (Nelson, 1995; Williams, 2011).

CAPÍTULO III

EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA: EL PAPEL DE LOS VALORES PERSONALES Y SOCIALES

1. ENFERMEDADES DE NEGROS

Aunque a algunos nos gusta ver la medicina moderna como uno de los más elevados logros de nuestra especie y nos encanta entender la historia de la medicina como una sucesión de éxitos encadenados que han sido capaces de reducir enormemente el sufrimiento y la muerte de millones de personas, lo cierto es que, como en toda actividad humana, la medicina también ha pasado por momentos muy poco honorables. Uno de estos momentos oscuros tiene como protagonista al médico norteamericano Samuel Adolphus Cartwright (1793-1863)[1].

Cartwright fue un reputado doctor que recibió muchos reconocimientos a lo largo de su carrera por sus investigaciones sobre el cólera y la fiebre amarilla. Además, también ejerció como médico de guerra y consiguió mejorar notablemente las condiciones sanitarias en los campos de soldados de Vicksburg y Port Hudson durante la Guerra Civil Americana. Pero no es por estos éxitos por los que sacamos ahora a colación al doctor Cartwright.

En 1851, diez años antes de que estallase el conflicto bélico entre los estados esclavistas y los abolicionistas, Cartwright publicó un estudio en la revista *The New Orleans Medical and Surgical Journal* al que tituló: «*Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race*» («Informe sobre las enfermedades y peculiaridades de la raza negra») y que ya había presentado antes a sus colegas médicos de la Asociación Médica de Luisiana. En este trabajo, Cartwright describió lo que, a su juicio, eran patologías que afectaban únicamente a las personas de raza negra. Cartwright afirmaba que a lo largo del ejercicio de su profesión con multitud de esclavos negros había podido comprobar «científicamente», sin

ningún atisbo de duda, que los esclavos tenían unas peculiaridades físicas y mentales que los hacían vulnerables a enfermedades cuya ocurrencia era muy extraña o directamente inexistente entre los blancos libres. Los ejemplos de estas «enfermedades de la raza negra» son muy llamativos y quizá nos resultarían cómicos hoy en día si no fuera porque son el reflejo de un sistema social terrible. Invocando la teoría clásica de los humores, y apoyándose en relatos proporcionados por los dueños de los esclavos, en su experiencia personal e incluso en su propia interpretación de pasajes muy seleccionados de la Biblia, Cartwright sostiene que la evidencia científica muestra que los esclavos negros necesitan servir al hombre blanco para encontrar el equilibrio espiritual y físico que les garantice la salud.

Quizá la patología descrita por Cartwright más conocida sea la drapetomanía. La conjunción de las palabras del griego antiguo δραπετης (drapetes, «fugitivo») y μανια (manía, «locura»), le sirvió a Cartwright para categorizar como una patología a las «ansias de libertad por parte de los esclavos negros». Esta enfermedad mental se manifestaba en los individuos destinados a la esclavitud cuando no eran tratados como debían. Así se describía en un célebre pasaje el entorno adecuado para mantener a un esclavo en condiciones saludables:

> Si son tratados con amabilidad, bien alimentados y vestidos, con suficiente leña para mantener ardiendo toda la noche un pequeño fuego —separados por familias, cada familia teniendo su propia casa— no permitiéndoles correr de noche para visitar a sus vecinos, recibir visitas o beber licores embriagantes, sin hacerlos trabajar en exceso ni exponerlos demasiado a la intemperie, ellos son fácilmente controlados, más que otros pueblos en el mundo. Si cualquiera o varios de ellos, en cualquier momento, están inclinados a levantar sus cabezas al mismo nivel que su dueño, o capataz, la humanidad y su propio bien precisan que sean castigados hasta que caigan en el estado de sumisión que les fue destinado ocupar. Ellos solamente deben ser mantenidos en ese estado, y tratados como niños para prevenir y curarlos de la fuga[2].

En el caso de que se diera la desafortunada circunstancia de que el esclavo ya manifestase los síntomas de la patología (el principal de los cuales sería el de adquirir el molesto hábito de fugarse), el consejo médico de Cartwright era administrar al paciente una buena serie de latigazos o amputar los dedos pulgares de los pies a fin de impedirle correr.

Este tipo de tratamiento también era prescrito para otras enfermedades descubiertas por este médico. Por ejemplo, la *dysaesthesia aethiopica* se

caracterizaba por una insensibilidad parcial de la piel y la disminución en las facultades intelectuales que hacían que el esclavo negro se mostrase indolente y poco dispuesto al trabajo físico. Para estos casos, lo mejor era prescribir un tratamiento de choque que ayudase a «estimular la piel»:

> La mejor forma de estimular la piel es, primero hacer que el paciente se lave con agua tibia y jabón; luego untarlo todo con aceite, y hacer penetrar el aceite en la piel con golpes de una ancha cinta de cuero; luego poner al paciente a realizar algún tipo de trabajo pesado al sol[3].

2. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

Cartwright ha pasado a la historia como representante de lo peor que puede ocurrir cuando la medicina se pone al servicio de los prejuicios sociales, pero no es el único que ha propuesto enfermedades que después no han sido consideradas como tales. Son muchas las condiciones que han sido tratadas como patológicas en algún momento de la historia y que han sido objeto de tratamiento médico. Algunas de estas «enfermedades» nos resultan absurdas hoy día. Se ha tratado médicamente a los homosexuales, a los disidentes políticos, a las personas de otras razas o a los zurdos como si en su propia naturaleza hubiera algo incorrecto que debía ser arreglado. Sentirse atraído por personas de tu mismo sexo, defender la estatalización de los medios de producción, tener la piel de una tonalidad más oscura o escribir con la mano izquierda son cosas que han sido vistas no solo como antisociales o impías, sino como disfunciones biológicas. De aquí que, en algunas sociedades, individuos con estas anormalidades no fueran únicamente merecedores del destierro o de la cárcel, sino que estuvieran además necesitados de tratamiento médico[4].

No hemos de olvidar que la medicina es una práctica social institucionalizada. Esto quiere decir que es una actividad que se lleva a cabo en el seno de instituciones determinadas que son creadas por humanos para dar respuesta a intereses humanos. Los ejércitos, los gobiernos, los juzgados o las escuelas son instituciones que desempeñan roles esenciales en las sociedades. Y lo mismo ocurre con los hospitales, las enfermerías, las residencias de ancianos, los centros de salud pública, los puestos de

primeros auxilios, los ministerios de sanidad y las asociaciones de médicos y pacientes. Esto puede parecer una obviedad, pero a menudo pasamos por alto que para analizar debidamente las actividades humanas hemos de tener en cuenta cómo son y en qué contexto social están los humanos que las ejercen.

La filosofía de la ciencia llama *constructivismo* a una determinada perspectiva que sostiene que todo el conocimiento científico es una construcción teórica hecha por la comunidad científica[5]. Los científicos, dicen los constructivistas, no descubren la realidad (en el sentido de «desvelar aquello que está oculto»), sino que, de alguna manera, la crean a partir de modelos que intentan servir para dar cuenta de los fenómenos que nos rodean. La ciencia no es más que un instrumento que utilizamos para intentar explicar el mundo y poder manipularlo según nuestros intereses. El conocimiento científico, igual que todo el conocimiento, es un producto mental independiente del mundo real.

Cabe decir que esto no significa que la ciencia no se corresponda de ningún modo con la realidad o que solamente responda a nuestros intereses concretos de cada momento. Obviamente, el conocimiento científico es enormemente útil para contextos y tiempos muy distintos y transciende muchas veces a los individuos concretos y sus particularidades. Sin embargo, lo que los constructivistas remarcan es que nuestras teorías, supuestos y resultados científicos son producto de nuestras mentes y no son semblanzas totalmente fidedignas de la realidad. Cuando Protágoras sentenció que: «el hombre es la medida de todas las cosas», ya estaba sosteniendo una postura constructivista: medimos los fenómenos del mundo a partir de nuestras propias características.

Para uno de los teóricos de la ciencia más importantes de todos los tiempos, Thomas Kuhn, la descripción de la realidad que proponen los científicos está cargada no solo de elementos subjetivos, sino también de la influencia de dinámicas grupales que hacen que sea posible decir que la ciencia se lleva a cabo en «una completa constelación de creencias, valores y técnicas, etc., compartidas por los miembros de una determinada comunidad» a la que denominó «paradigma». Así, los científicos de un determinado tiempo y lugar suelen estar en un mismo paradigma y cuando

nuevos científicos proponen nuevas formas de hacer ciencia incompatibles con las predominantes, como por ejemplo ocurrió cuando se formuló la teoría heliocéntrica de Copérnico o la teoría de la evolución por selección natural de Darwin, es cuando nos encontramos con una «revolución científica» que tendrá como resultado un cambio de paradigma para los científicos[6].

La medicina es una disciplina que incluye todo un conocimiento teórico, el cual es una construcción social. Nuestros valores, tanto personales como comunitarios, determinan el paradigma en el cual forjamos nuestras creencias sobre lo sano y lo enfermo. De hecho, la misma distinción entre salud y enfermedad es un hecho social cargado de valores. Consecuentemente, los constructivistas en filosofía de la medicina proponen que la mejor forma de abordar nuestras concepciones es adoptando un enfoque que reconozca el relativismo de nuestros presupuestos más básicos y no se empeñe, como hacen los naturalistas, en intentar salvar un objetivismo imposible. Al intentar fundamentar sus propuestas en lo que consideran que es la objetividad biológica de los organismos, filósofos como Christopher Boorse y médicos como Samuel Cartwright creen que su distinción entre lo sano y lo enfermo se basa en criterios científicos indiscutibles. Sin embargo, aun cuando asumiéramos que ellos simplemente recogen lo que dice la biología, este uso de la biología no está exento de subjetividades e intereses personales, tal y como puede verse en casos como el de la drapetomanía o la *dysaesthesia aethiopica*. Si queremos conocer de verdad qué presupone e implica la distinción entre lo sano y lo enfermo, deberemos fijarnos de forma crítica en el conjunto de valores que conforman el paradigma de la medicina.

3. EL ENFOQUE DE NORDENFELT

Entre los filósofos con sensibilidad constructivista destaca el sueco Lennart Nordenfelt. Tratando de responder a la pretensión de objetivismo de Boorse y el resto de naturalistas, Nordenfelt presenta en su obra de 1987 *On the Nature of Health*[7] una propuesta a la que denomina *teoría holística*

y que tiene como núcleo fundamental la noción de bienestar. Nordenfelt pretende ofrecer una caracterización de los conceptos de salud y enfermedad que sean válidos tanto para el caso de los estados somáticos como psicológicos. Además, quiere con su teoría dar cuenta del uso ordinario de estos términos. Con este objetivo en mente, Nordenfelt traslada su atención de la biología y la fisiología a la sociología y la psicología. Según la teoría holística, «una persona está sana si se siente bien y puede funcionar en su contexto social».

Así, en la distinción entre salud y enfermedad es el primero de estos conceptos el principal. La salud sería el bienestar y la enfermedad se definiría en relación a este estado de bienestar. En este sentido, la definición de salud de la OMS se ajusta bastante bien a esta teoría holística. Al contrario de la teoría naturalista de Boorse, para quien la salud era simplemente «la ausencia de enfermedad», en el enfoque holístico nos encontramos con un enfoque positivo que pone el peso en el papel que la medicina juega para beneficiar a las personas, y no simplemente para arreglarlas.

Esta concepción, defiende Nordenfelt, se ajusta muy bien al papel que la medicina tiene en nuestra sociedad contemporánea. La medicina no se encarga ya únicamente de prevenir o de combatir la enfermedad, sino también, como se dice en salud pública, de promover la salud. Cuando desde las instituciones médicas se adoptan medidas para mejorar la calidad de vida de los habitantes se está asumiendo un concepto de salud como el que propone la teoría holística. Fomentar una dieta sana, el ejercicio físico o el abandono de hábitos dañinos tiene como objetivo mejorar el bienestar de la población. La medicina, como saber que busca mejorar nuestro bienestar, es mucho más que un servicio técnico al que vamos cuando algo nos falla.

Así, lo más determinante para definir la salud no será el funcionamiento biológico normal, sino la capacidad de los individuos para vivir de forma satisfactoria. No se trata solo de la capacidad de sobrevivir y reproducirse. Los seres humanos somos algo más ambiciosos que eso. Entendemos que tenemos salud cuando somos capaces de desempeñar toda una variedad de capacidades que consideramos inherentes a nosotros mismos y que nos hacen sentirnos bien en nuestro entorno. Entender, por tanto, cuáles son

nuestras capacidades y cómo estas afectan a nuestra felicidad es la tarea que se impone la teoría holística de Nordenfelt.

Nordenfelt recupera en gran medida el enfoque de Canguilhem que ya sostenía que la salud se caracterizaba por la capacidad de los individuos de adaptarse de forma normativa a su entorno. El enfoque holístico, al igual que el de Canguilhem, es ecológico. Pero Nordenfelt también recuerda a Leriche. Ambos comparten la idea de que la experiencia personal del sufrimiento es clave para entender la diferencia entre la salud y la enfermedad. El sufrimiento y la incapacidad de funcionar en un contexto social de forma satisfactoria están íntimamente ligados. Una persona que tiene dolor difícilmente tendrá bienestar, y alguien con una incapacidad que le impide funcionar satisfactoriamente en el mundo muy probablemente sentirá sufrimiento por ello. El dolor en este caso actúa como identificador de la enfermedad.

No obstante, la relación entre el sufrimiento y la incapacidad es algo que depende mucho de los valores y las circunstancias vitales de cada individuo. Puede haber enfermedades que no conlleven dolor, como un estado de coma o ciertas enfermedades mentales. Además, cada persona puede tener una experiencia muy distinta de una misma incapacidad dependiendo de sus circunstancias personales. Por ejemplo, si yo pierdo algo de oído seguramente no me causará el mismo sufrimiento que si esto le pasase a un músico profesional y, desde luego, un esguince de muñeca que me impida manejar una raqueta es algo que me fastidiará bastante menos a mí que a Rafa Nadal.

Para Nordenfelt, la meta última de los seres humanos es la de cumplir con sus objetivos vitales. Entre estos objetivos están las necesidades fundamentales que permiten la vida (comer, beber, dormir) y todo un conjunto de metas subjetivas que son propias de cada persona y que, en último término, son las que ofrecen una felicidad mínima y durable. Así, según Nordenfelt:

> Una persona está completamente sana si y solo si se encuentra en un estado mental y físico en el que sea capaz de realizar en su entorno el género de cosas que son necesarias y suficientes para su felicidad mínima[8].

Así, alguien puede estar sano a pesar de tener una enfermedad siempre y cuando esta no le impida hacer aquello que le hace feliz. Un leve catarro o una dolencia crónica bien tratada pueden ser ejemplos de esto. Y, por otro lado, la simple ausencia de enfermedades no garantiza, según esta teoría holística, que estemos sanos, pues circunstancias vitales como la bancarrota, el desengaño amoroso o el encarcelamiento conllevan muchas veces la incapacidad para lograr el bienestar.

4. EL CONSTRUCTIVISMO RADICAL Y LA PROMOCIÓN DE ENFERMEDADES

Así pues, enfoques como el propuesto por Nordenfelt ponen el peso en nuestras valoraciones subjetivas no solo para distinguir entre lo sano y lo enfermo, sino también para decidir cuál debe ser el papel de la medicina en nuestras sociedades. La función de la medicina es la de contribuir a fomentar nuestro bienestar, y lo que nos produzca bienestar es algo que tiene que ver con nuestras metas vitales particulares.

Visto así, las propuestas constructivistas como la formulada por Nordenfelt interpretan la medicina como un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos al servicio de los intereses de los individuos. Las personas, en cada contexto concreto, entienden, por las razones que sean, que los estados corporales o somáticos que hay que fomentar o evitar son unos y no otros. A los estados deseables se los denomina «salud» y a los rechazables «enfermedad». Si la medicina es una construcción social, entonces no puede ofrecer un criterio objetivo que vaya más allá de este relativismo.

El constructivismo tiene importantes ventajas. Una de las principales es que nos salva de una cierta ingenuidad comúnmente asumida acerca del carácter científico de la medicina y que acababa muchas veces derivando en el autoritarismo epistémico. La medicina no es un conocimiento indiscutible acerca de cómo funcionan nuestros cuerpos y qué es lo que les conviene, sino que es un producto concreto de nuestra cultura que está conformado por multitud de factores contingentes. Del mismo modo que la

medicina medieval o del siglo XIX nos parece equivocada ahora mismo (¿se imaginan que en los hospitales siguieran aplicando sangrías o sanguijuelas de forma habitual?), lo más probable es que nuestra medicina actual, de la que nos sentimos, y con razón, tan orgullosos, será vista como una antigualla obsoleta en el futuro. Nuestras teorías, técnicas y conceptos tienen sentido dentro de nuestro paradigma, pero esto no garantiza que sean igualmente válidos en otros. Los teóricos constructivistas reconocen este relativismo y lo afrontan directamente: si queremos analizar los conceptos médicos, como las nociones de salud y enfermedad, entonces tendremos que analizar todos los valores subjetivos que rodean a la medicina.

Además, el constructivismo parece adecuarse muy bien al papel real que los tratamientos y técnicas médicas ejercen en nuestras sociedades. No acudimos a la consulta de atención primaria o a las urgencias de un hospital normalmente porque identificamos una disfunción biológica, sino porque nos sentimos mal y este sentirse mal es algo en ocasiones muy difícil de concretar en términos objetivos. Nos podemos sentir mal porque tenemos un dolor en un brazo, o porque nos sentimos más débiles de lo normal o porque experimentamos episodios de ansiedad. Y nos podemos sentir mal también porque no nos guste la forma o el tamaño de nuestra nariz o porque nos estamos quedando calvos o porque nos preocupa el caer enfermos en el futuro. Lo que para una persona puede ser perfectamente saludable para otra es un motivo para medicarse o pasar por el quirófano. Muchos de los estados que nos llevan al médico y para los que la medicina ofrece un tratamiento no son entendidos como enfermedades, o al menos no desde un enfoque naturalista. Desde la cirugía estética hasta la interrupción voluntaria del embarazo, la medicina parece tener como ideal algo más que el comportamiento fisiológico normal. La búsqueda del bienestar (subjetivo) y no de la normalidad (objetiva) es la razón de ser de gran parte de las terapias y medicamentos.

No obstante, hay también riesgos muy serios si se asume una perspectiva constructivista extrema. Con el nombre de «promoción de enfermedades» se conoce a la práctica de ampliar los límites diagnósticos de las enfermedades y fomentar así en la conciencia pública una determinada percepción acerca de ciertos estados, con el fin de ampliar los mercados

para aquellos que venden y administran tratamientos, que pueden incluir compañías farmacéuticas, médicos y otras organizaciones profesionales o de consumidores. Este fenómeno no es nuevo, siempre ha habido propaganda y marketing para vender más medicamentos, pero es en los últimos años en los que ha llegado a darse de forma más remarcable.

A través de diferentes medios, como campañas publicitarias, incentivos a los profesionales médicos o financiación de estudios más o menos rigurosos sobre ciertas dolencias, las compañías farmacéuticas se esfuerzan por estirar el concepto de enfermedad para que ciertos estados que hubieran sido considerados como normales caigan ahora dentro del ámbito de lo médicamente tratable. El término «promoción de enfermedades» es una traducción aproximada de «*disease mongering*», etiqueta acuñada en 1992 por la periodista Lynn Payer y que aludía a la forma en la que los vendedores anuncian a voz en grito sus mercancías en los mercados tradicionales y a la que en inglés se suele referir como «*mongering*»[9]. En la medicina actual, varios expertos están denunciando que, del mismo modo que los mercaderes suelen exagerar las bondades de sus productos para convencer a sus potenciales clientes, las compañías que tratan de vender sus fármacos tienen también sus propias estrategias comerciales, moralmente discutibles, para llegar a la mayor cantidad de gente. En 2006 tuvo lugar en Newcastle, Australia, el primer congreso científico dedicado a la promoción de enfermedades y en él se señaló que hay, efectivamente, un peligroso mercadeo con nuestra salud[10].

En ocasiones, la promoción de enfermedades se lleva a cabo haciendo un uso interesado de las estadísticas y exagerando la prevalencia de una enfermedad concreta, haciendo creer que hay más personas que la padecen de lo que se cree. Otras veces, lo que se hace es incentivar que se trate con fármacos problemas de salud leves para los que no se consideraba necesario un tratamiento o incluso problemas personales o sociales. También hay promoción de enfermedades cuando se intenta medicar a grandes conjuntos de la población aduciendo que están en riesgo de padecer una enfermedad en el futuro. De esta forma, los intereses farmacéuticos están detrás de cosas como que oigamos que un 43 % de la población femenina sufre de desorden de deseo sexual hipoactivo, que el diagnóstico del trastorno de

déficit de atención tenga dimensiones epidémicas entre los niños y adultos de Europa y Norteamérica, que se comercialicen multitud de tratamientos contra la calvicie masculina, o que sea cada vez más difícil encontrar a alguien que no esté tomando pastillas para la ansiedad, la depresión leve o incluso la timidez[11].

Un ejemplo muy llamativo de cómo funciona la promoción de enfermedades —y de cómo esta se apoya, hasta cierto punto, en una concepción constructivista de la enfermedad— es el de la *Viagra* y la disfunción eréctil. Pensado como un posible tratamiento para la hipertensión arterial y la angina de pecho, el sildenafilo, un compuesto que inhibía la fosfodiestarasa de tipo 5, demostró en ensayos clínicos hechos en Gran Bretaña que tenía un curioso efecto inesperado pero muy interesante. Este descubrimiento llevó a los responsables de la experimentación con el sildenafilo a darle un uso médico distinto al previsto. En 1998 la compañía farmacéutica Pfizer lo sacó al mercado bajo el nombre comercial *Viagra* y se convirtió desde entonces en el principal medicamento para la disfunción eréctil. Desde el principio fue un éxito enorme de ventas. Solamente en el período de 1999-2001, la farmacéutica ganó con la *Viagra* más de mil millones de dólares anuales. Y esto sin salir de Estados Unidos.

La razón de este éxito radica en gran parte en la estrategia comercial que adoptó la farmacéutica. Aun a pesar de tratarse de un medicamento al que solo se puede acceder con receta médica, se publicitó por todos los medios posibles: anuncios de radio, televisión, financiación de estudios médicos, reuniones con asociaciones y médicos especialistas, etc. Incluso se contrató al mismísimo Pelé para que protagonizase un spot hablando de las maravillas de la *Viagra*.

La estrategia de marketing de la *Viagra* es interesante para nosotros porque se basó en intentar instalar en la mente de los potenciales compradores dos mensajes principales. Por un lado, había que señalar que la disfunción eréctil era algo muy frecuente en la sociedad. Así, la publicidad de la *Viagra* nos dice que «más de la mitad de los hombres de más de 40 años tiene problemas para conseguir o mantener una erección». Más de la mitad, han leído bien. La cosa está así de dura. O no. Bueno, ustedes ya me entienden. En cualquier caso, es llamativo que no se aportase

ninguna referencia científica a esta afirmación. De hecho, aun aceptando que este dato sea real, esta prevalencia de la disfunción eréctil parece una interpretación estadística muy interesada que obvia información importante (por ejemplo, ¿cuál es la prevalencia de la disfunción eréctil entre los individuos que están entre los 40 y los 60 años y cuánto de diferente es de la que hay entre los mayores de 60?). Esto es algo que ya ha sido denunciado en varios trabajos médicos[12]. En cualquier caso, el mensaje de los vendedores de *Viagra* es claro y directo: si tienes más de 40 años eres ya parte del grupo de riesgo.

Por otro lado, la compañía farmaceútica se encargó también de hacernos ver que, por muy frecuente que sea, la disfunción eréctil es también un serio problema médico. Las personas con dificultades para tener relaciones sexuales están muy expuestas a sufrir «depresión, bajos niveles de confianza e ira». No ser capaz de tener una erección no es ya un evento normal de la vida cuando se alcanza una determinada edad, sino una enfermedad seria que debe ser tratada. De hecho, siguiendo la terminología de Nordenfelt, la disfunción eréctil es una enfermedad para mucha gente porque les impide hacer algo que consideran necesario para alcanzar una felicidad mínima. Afortunadamente, podemos comprar la solución en forma de pastilla azul.

5. CONCLUSIONES

¿Qué es, desde un punto de vista filosófico, lo que hacen las farmacéuticas cuando estiran la definición de enfermedad para poder vendernos sus productos? Ser calvo, tímido o incapaz de tener buen sexo son estados que minan nuestro bienestar, pero, ¿es esto suficiente para que puedan ser considerados como enfermedades? ¿No debería haber una base objetiva y naturalista que nos permita distinguir cuáles son las enfermedades «reales» y cuáles las «inventadas»?

Del mismo modo que las «enfermedades de negros» identificadas por Cartwright demostraban que la medicina es un producto cultural determinado por las circunstancias de su momento y lugar, la promoción de

enfermedades nos señala que quizá no podamos conformarnos con un constructivismo radical a la hora de decidir qué distingue lo sano y lo enfermo. Lo que la promoción de enfermedades demuestra es que, si no hay un criterio objetivista para marcar la diferencia entre la salud y la enfermedad, entonces los intereses egoístas de unos pocos pueden ser determinantes para establecer esta diferencia. Asumir ciertos aspectos de las posturas naturalistas nos puede servir para poner coto al relativismo y dar con criterios para decir que no todo vale y que una enfermedad no es simplemente lo que aquellos con poder deciden que lo sea.

Es conveniente huir tanto del objetivismo ingenuo de las posturas naturalistas como del relativismo radical de los autores constructivistas. Quizá, la postura más razonable sea asumir un enfoque híbrido que recoja tanto los aspectos subjetivos como los objetivos que pueden servir para distinguir lo sano y lo enfermo, y que esté abierto a la crítica y revisión constantes tanto por parte de la ciencia como de la ética y la política. En filosofía de la ciencia, la distinción entre hechos y valores es una de las más cuestionadas y la medicina es un ámbito en el que se ve claro que un diálogo fluido entre los aspectos objetivos y los subjetivos puede ser de especial utilidad para aclarar y analizar sus conceptos más básicos.

Es ya un lugar común decir que la medicina es una mezcla entre «ciencia» y «arte»[13]. El buen doctor debe mostrar un conocimiento enciclopédico sobre el funcionamiento del cuerpo humano y estar al día de las últimas técnicas para ayudarlo, pero ha de ser también habilidoso en la práctica de la medicina, al tiempo que se muestre sensible y empático con sus pacientes. Lo objetivo y lo subjetivo están íntimamente ligados en la práctica médica. En el siguiente capítulo veremos que un examen detenido sobre cuánto de científico y cuánto de artístico hay en la labor médica nos puede ser de mucha utilidad para desarrollar un marco teórico que conjugue los enfoques naturalistas y normativistas sobre la salud y la enfermedad.

---

[1] Sobre Cartwright: (Guillory, 1968; Krieger, 1987; Szasz, 1971; Chorover, 1980).

[2] Cita extraída de: (Cartwright, 2004).

[3] Ídem.

[4] (Cryle y Stephens, 2017; Davis, 1995; Warner, 2000).

[5] Para una introducción al constructivismo: (Berger y Luckman, 2036; Devitt, 1996; Rockmore, 2005).

[6] La obra más importante de Kuhn es: (Kuhn, 2012). Para un estudio de la filosofía kuhniana, véase: (Mayoral de Lucas, 2017).

[7] (Nordenfelt, 1995).

[8] (Nordenfelt, 1995, p. 90).

[9] (Payer, 1992).

[10] La revista *PLOS One* publicó los trabajos presentados en este encuentro. Están accesibles online aquí: https://web.archive.org/web/20060901083204/http://collections.plos.org/diseasemongering-2006.php.

[11] Sobre «*disease mongering*»: (Doran y Henry, 2008; González-Moreno, Saborido y Teira, 2015; Ihara, 2016).

[12] Sobre el caso de la disfunción eréctil y la *Viagra*: (Lexchin, 2006).

[13] Véase: (Saunders, 2001).

CAPÍTULO IV

LA MEDICINA COMO CIENCIA Y COMO ARTE

1. ¿QUÉ ES UN BUEN MÉDICO?

Los médicos no se dedican únicamente a la investigación básica, también se encargan de la investigación clínica y de la práctica de la medicina. En un sentido muy general, podemos decir que en la medicina se integra una parte de *ciencia* y otra de *arte*, pues no basta con tener un conocimiento actualizado y correcto acerca del cuerpo humano, sino que hay todo un saber imprescindible para el buen ejercicio médico que solo puede aprenderse y desarrollarse desde la práctica. Del mismo modo que un artista requiere de un conocimiento práctico que solo se da en la ejecución de obras de arte, un profesional médico precisa tanto de un marco teórico sistemático adecuado, la biología, como de unas habilidades clínicas que precisan de entrenamiento y de toda una conjunción de habilidades y aptitudes que van más allá del ámbito puramente teórico. La capacidad de empatía, la habilidad para la identificación de síntomas, la destreza en el reconocimiento de las peculiaridades personales de cada paciente, la fidelidad a un código ético, etc., son todas características personales que se asume que deben poseer los buenos médicos. El pionero médico español José de Letamendi[1] (1828-1897) lo resumió en la siguiente sentencia: *el médico que tan solo sabe medicina, ni siquiera medicina sabe*.

Si nos fijamos en la imagen de «buen médico» que de alguna forma permea nuestra cultura (y de la que personajes ficticios como el doctor House serían una respuesta caricaturesca extrema), podemos ver que hay un conjunto bastante definido de virtudes personales que acompañan a esta idealización. La piedad, la compasión y comprensión son para un médico tanto o más importantes que el conocimiento del cuerpo humano. La medicina es una práctica interpersonal, es decir, una actividad que se da entre personas, y en las que las cualidades personales tienen, por tanto, una

relevancia principal. De hecho, el mismo Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España define el «profesionalismo médico» como el «conjunto de principios éticos y deon- tológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medici- na con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos»[2]. Un profesional médico es alguien que está al servi- cio de los otros y, por lo tanto, debe mostrar una humanidad que va más allá del mero conocimiento médico.

Las caracterizaciones del buen doctor y sus cualidades humanas son fácilmente localizables en la literatura, el cine, la televisión e incluso la pintura. Por citar un ejemplo en este último campo, es especialmente llamativa la enorme difusión que ha tenido la obra de Luke Fildes, *The Doctor*. Este cuadro ha sido utilizado como ilustración de portada de múltiples publicaciones e incluso hoy día es la imagen que acompaña a la entrada en inglés de «médico» (*physician*) de la Wikipedia[3]. Un vistazo es suficiente para reconocer que la obra de Fildes es tan atractiva como exposición de la profesión médica porque es capaz de reunir, en una estampa indudablemente emocionante, las cualidades humanas que consideramos dignas de esta profesión.

En esta obra, paradigma del realismo social victoriano, Fildes nos describe el momento en el que un médico está atendiendo a la hija enferma de un matrimonio obrero de muy baja extracción social. El cuadro nos enseña el entorno miserable de la casa de la familia, en donde la niña está acostada sobre una improvisada cama hecha con dos sillas que ni siquiera son del mismo tipo. Es capítambién imposible no conmoverse con la desesperación de los padres en el segundo plano, con la madre llorando desconsolada con el rostro contra una mesa y el padre de pie observando impotente al doctor, quien sentado junto a la joven enferma, observa atentamente mientras se frota el mentón.

La disposición del cuadro resalta la figura del doctor, su autoridad y su humanidad. El médico está frente a una crisis en la enfermedad de su paciente, un estado que, en una época anterior a los antibióticos y en un ambiente en el que las enfermedades febriles infecciosas campaban a sus anchas, implicaba que no había muchas posibilidades de un buen final. El

uso del color en el cuadro subraya tanto el rostro del médico como el de la niña, con una luz que proviene de una lámpara que está en la posición del doctor, haciéndonos más patente la importancia de la relación entre ambos. La única luz para la niña, metáfora pictórica de la esperanza, proviene del médico (en realidad, de una lámpara que está detrás de él). El médico no solamente es una autoridad epistémica, sino también un ser humano que tiene como misión enfrentarse a la oscuridad del dolor y la muerte, allí donde ni los enfermos ni sus familiares son capaces de hacer nada.

El doctor, por L. Fildes, 1891 (The Tate Britain, Londres). © The Picture Art Collection/Alamy Stock Photo/Cordon Press.

El cuadro fue, desde su primera exhibición, un gran éxito y despertó gran admiración entre los mismos médicos. De hecho, el *British Medical Journal* publicó una nota 1892[4] en la que decía:

> ¿Qué no le debemos al Sr. Fildes por mostrarle al mundo el típico médico, tal y como nos gustaría que nos mostraran: un hombre honesto y un caballero que hace todo lo posible por aliviar el sufrimiento? Una biblioteca de libros en nuestro honor no haría lo que este cuadro

> ha hecho y hará por la profesión médica, haciendo que los corazones de nuestros semejantes se acerquen a nosotros con confianza y afecto[5].

Vale la pena comparar este cuadro con la escena que se nos presenta en otra obra de la misma época y que aborda también la enfermedad en el ámbito más íntimo. En *La miseria* (1886) el pintor venezolano Cristóbal Rojas retrata también los devastadores efectos de la enfermedad en un hogar de extracción humilde. La diferencia es que en esta ocasión no hay un médico. Solamente hay un hombre sentado junto a la cama en que yace su esposa moribunda. Al contrario que en el cuadro de Fildes, en el que los familiares de la paciente observan al médico y este fija su mirada intensamente en la enferma, en este cuadro el marido mira desgarrado hacia el vacío. Es como si se nos dijera que los protagonistas de esta obra saben que no hay nada que se pueda hacer. Sin un médico no hay posibilidad de luchar contra el sufrimiento y la amenaza de la muerte. Sin medicina y en una enfermedad tan grave como esta —Rojas pretendía reflejar a una mujer muriendo de tuberculosis— no hay ninguna luz, ninguna esperanza, que se proyecte sobre aquellos que la padecen.

La miseria, por C. Rojas, 1886 (Galería de Arte Nacional, Caracas). © Dipper Historic/Alamy Stock Photo/Cordon Press.

Parece difícil ver a los médicos como simples acaparadores de saber ni tampoco como meros técnicos manuales. Según Petronio, escritor y político romano, *medicus enim nihil aliud est quam animi consolatio*, es decir, «el médico no es otra cosa que el consuelo del alma». Laín Entralgo recordaba que Ernst von Leyden, uno de los médicos más importantes de comienzos del siglo XX, decía a sus alumnos que «el primer acto del tratamiento es dar la mano al enfermo»[6].

Seguramente sea imposible entender de verdad la naturaleza de la medicina como disciplina sin tener en cuenta que se trata de una ciencia aplicada. Hay todo un debate ya clásico en filosofía de la medicina acerca de si esta debe entenderse más como un arte o como una ciencia. Probablemente, esta distinción entre saberes prácticos y saberes teóricos

tenga sus raíces en la distinción del pensamiento griego clásico entre *techne* (conocimiento técnico) y *episteme* (conocimiento teórico)[7]. Es discutible que esta distinción entre tipos de saberes sea útil para entender la ciencia de nuestro tiempo, pero parece claro que en la medicina no es posible desvincular de forma tajante las dimensiones técnicas de las epistémicas y que ambas son cruciales para comprenderla.

Entender la medicina como una ciencia aplicada, es decir, como una combinación de teoría y práctica tiene consecuencias inherentemente normativas. Al contrario de lo que ocurre con ciencias como la física o la biología, la medicina no se encarga solo de explicar ciertos fenómenos del mundo, sino que es también una disciplina prescriptiva, es decir, un saber que propone una intervención en el mundo de acuerdo con ciertas ideas de lo que consideramos como bueno o malo. Las ciencias aplicadas (como la pedagogía, la sociología o la medicina) se caracterizan por el ejercicio de un control operativo tanto sobre los ámbitos de estudio como sobre la forma en la que se aplica la propia ciencia. Pero, antes de fijarnos en esta dimensión normativa de la medicina, quizá valga la pena remarcar un poco más en qué se diferencia esta disciplina de las ciencias teóricas más clásicas.

2. EMPIRISMO Y REALISMO EN CIENCIA

En medicina es posible identificar una tensión muy marcada entre tendencias empiristas y tendencias realistas.

Si la medicina fuese una disciplina científica más, la práctica clínica, como dicen Clark Glymour y Douglas Stalker en un artículo ya clásico de 1985, sería «algo que depende de generalizaciones que están científicamente demostradas y que pueden ser aplicadas de forma perfectamente confiable»[8]. Cuando un químico, por ejemplo, lleva a cabo un experimento, se dice que lo que hace es aplicar su conocimiento científico y el resultado de esta aplicación debe ser perfectamente abordable, predecible y replicable desde el conocimiento científico. Según esta concepción, la metodología y la teoría científica están perfectamente aisladas de todo tipo de factores psicológicos, sociológicos, económicos,

políticos, morales e ideológicos que tienden a influirnos constantemente. En ciencia necesitamos olvidar estos prejuicios y centrarnos solo en el método científico, universalmente válido, a fin de que el conocimiento objetivo de la verdad no degenere en prejuicios e ideología. La mirada científica debe estar limpia y libre de todo interés que no conduzca a una correcta comprensión de los datos que nos ofrece nuestra percepción del mundo.

Utilizando la jerga filosófica, podríamos llamar a este enfoque *empirista* en un sentido clásico, pues la ciencia se basaría principalmente en la observación de la naturaleza con el propósito de dar con un conocimiento cierto y objetivo acerca de lo observado. El empirismo es una de las corrientes más venerables de la historia de la filosofía y del pensamiento científico. Impulsados por los logros de la revolución científica que estaban llevando a cabo, entre otros, gigantes intelectuales como Galileo Galilei, William Harvey, Nicolás Copérnico, Isaac Newton, Johannes Kepler y Robert Boyle, varios filósofos de los siglos XVII y XVIII como John Locke, George Berkeley y David Hume, desarrollaron una corriente de pensamiento según la cual todo nuestro conocimiento, absolutamente todo, proviene en último término de la experiencia sensible.

Según este enfoque, son nuestros sentidos los que nos dan la información acerca del mundo que conforma nuestro pensamiento. Como dijo Locke, nuestra mente es como una *tabula rasa*, una pizarra en blanco. Frente al racionalismo de otros pensadores como René Descartes o Gottfried Leibniz, quienes pensaban que la misma razón constituía también una fuente de conocimiento (algo que quedaba, según ellos, demostrado por la existencia de ideas innatas), los empiristas van a optar por un escepticismo según el cual solo podemos conocer a través de nuestros sentidos y, dada la naturaleza falible e imperfecta de estos, todo nuestro conocimiento del mundo no puede ser sino también falible e imperfecto.

Llevado esto al ámbito de la ciencia, muchos empiristas actuales defienden que toda teoría, postulado o descubrimiento científico está, por principio, sujeto a revisión y es, consecuentemente, *falsable*. Es decir, toda afirmación que haga la ciencia debe poder ser demostrada falsa en algún momento bajo las circunstancias adecuadas[9]. Del mismo modo que, por ejemplo, los descubrimientos astronómicos demostraron que el modelo

geocéntrico era erróneo, todas las hipótesis, teorías y postulados científicos son potencialmente falsas. Esto no quiere decir que todas las afirmaciones científicas son falsas, sino que estas han de reunir las condiciones necesarias para que, en el caso de que fueran falsas, esto pudiera demostrarse en algún momento. Una afirmación que no pueda ser nunca falseada no es una afirmación que realmente nos dé información acerca del mundo. Por ejemplo, yo puedo decir cosas como: «llegará un día en el que todo el mundo será experto en filosofía de la medicina», pero afirmaciones de este tipo no pueden ser nunca científicas, pues no es concebible un caso en el que esto se demuestre falso, pues siempre se podrá alegar que el día al que se refiere el enunciado no ha llegado aún. A este tipo de sentencias no falsables pertenecen también las afirmaciones relacionadas con creencias religiosas o morales, o las que aluden a entidades cuya existencia no podemos demostrar nunca como verdadera ni falsa. Por ejemplo: «hay una energía indetectable que conecta a todos los seres vivos a nivel espiritual y a escala cósmica». No hay forma de que el conocimiento que nos ofrece nuestra experiencia pueda probar o refutar una afirmación como esta. ¿De qué forma probamos que algo indetectable o que está más allá de nuestros sentidos o nuestro entendimiento no existe? Sin necesidad de entrar a juzgar el valor de este tipo de discurso, lo que está claro es que no puede encajar de ningún modo en la ciencia.

Una forma clásica de distinguir entre disciplinas científicas y no científicas es que las primeras se caracterizan por el uso de postulados teóricos, métodos de actuación y herramientas que son falsables, aun cuando se consideren válidas en el momento actual. Lo paradójico de esto es que acaba poniendo en cuestión el propio sentido de la misma ciencia. Conocemos el mundo a través de los sentidos y es solo a través del método científico —el cual se encarga de perfeccionar, analizar, ordenar y ponderar lo que percibimos— que somos capaces de llegar a postular la existencia de cosas como leyes naturales o relaciones causales en el mundo que consideramos que nos ayudan a explicar, de forma objetiva, los diferentes fenómenos que nos rodean.

Sin embargo, y siguiendo este mismo enfoque, estos conceptos científicos tan importantes a los que acabamos de aludir, como son *ley*,

causalidad y *objetividad*, tienen que ser reconsiderados. Si todo el conocimiento es provisional, sujeto de revisión y susceptible de ser probado falso, entonces las leyes no serían otra cosa que constructos mentales que nos permiten identificar regularidades en el mundo. Asimismo, la causalidad no será sino una conexión que hace nuestro cerebro entre eventos que vemos que se siguen en el tiempo. Y la objetividad, como tal, no podrá existir, pues el mundo *tal y como es* no es accesible a nosotros, ya que nosotros solamente podemos ver el mundo *tal y como nos es mostrado por nuestros sentidos*. A lo máximo que podemos aspirar es, por tanto, a la *intersubjetividad*, es decir, a un acuerdo lo más amplio posible entre diferentes sujetos acerca de cómo es el mundo *para nosotros*.

Consecuentemente, si asumimos un punto de vista empirista resulta muy complicado hablar de una realidad externa que podamos conocer y explicar completamente. El *realista*, es decir, aquel que cree que existe una realidad independiente de los individuos y que es accesible de algún modo a nuestro conocimiento, tiene serios apuros con el enfoque empirista. El espíritu empirista del método científico no termina de encajar bien con la ambición realista de la ciencia cuando se la entiende como un método para alcanzar el conocimiento y la verdad.

3. REALISMO BAJO CONTROL EMPÍRICO

La medicina contemporánea es, en gran parte, naturalista y realista, pues no renuncia a creer que aporta una descripción de cómo es realmente un cuerpo humano y cómo funciona de verdad. Siempre se puede intentar convencer a un médico de que la teoría médica, derivada de diferentes disciplinas biológicas, no es más que una especulación. Lo más probable es que rechace tajantemente semejante acusación, y hay buenos motivos para ello. El avance enorme de la microbiología o de la genética molecular, por citar solo dos ejemplos, hacen muy difícil sostener que lo que creemos saber sobre nuestra biología no está bien fundado. Sin embargo, es interesante recordar que, durante gran parte de nuestra historia, el

pensamiento médico se basaba también en teorías que consideraba bien fundadas, como la teoría de los cuatro humores.

Al menos desde Hipócrates, pero seguramente con orígenes más antiguos en Egipto o Mesopotamia, la medicina de la Antigüedad identificó cuatro elementos líquidos de cuya proporcionalidad y equilibrio en nuestro cuerpo dependía la salud: la sangre, caliente y húmeda y producida por el corazón; la flema, húmeda también pero fría y que tenía su origen en el cerebro o en los pulmones; la bilis amarilla, producida en el hígado y caliente y seca; y la bilis negra, que sale del bazo y es fría y seca. En un individuo sano, estos elementos estaban distribuidos de forma armónica, pero en los enfermos era posible ver un desequilibrio entre los humores. Dependiendo de qué líquido tuviesen en demasía, los pacientes podían ser sanguíneos, flemáticos, biliosos o melancólicos[10].

Puede parecernos un marco teórico extravagante, pero contaba con una tradición más que respetable y además ninguna teoría alternativa parecía explicar mejor el comportamiento del cuerpo humano o, al menos, ninguna alcanzó la suficiente popularidad para desbancar a la teoría de los humores, la cual constituyó el paradigma de la medicina en el mundo occidental hasta bien entrado el siglo XIX. Y esto a pesar de que la teoría de los humores solía llevar a prácticas con resultados nefastos. Uno de los más llamativos es que se solía diagnosticar a los pacientes con infecciones agudas como «sanguíneos». Consecuentemente, y dado que se asumía que los padecimientos de estos pacientes se debían a un exceso de sangre en su cuerpo, el tratamiento para combatir las infecciones consistía principalmente en hacer sangrías. Aunque es de suponer que lo habitual era que los pacientes lejos de mejorar solamente se volvieran más débiles y en muchas ocasiones acabaran por fallecer más rápidamente, los expertos no cambiaron su marco teórico por ello. Si el curso de los síntomas del paciente y el desarrollo de su enfermedad no se ajustaban a la teoría, no se consideraba que la culpa fuese de la teoría, pues esta forma de hacer medicina estaba firmemente refrendada por la tradición y la autoridad.

El empirismo vino a combatir esto directamente. Aunque no todos los resultados de la medicina eran negativos, los primeros médicos influidos por el pensamiento de filósofos como John Locke o David Hume

empezaron a plantear que la experiencia debía ser la jueza para determinar qué teorías médicas eran las correctas y no al contrario. Así, autores como Thomas Sydenham, François Boissier de Sauvages o el mismísimo padre de la taxonomía, Carl Linneo, empezaron a describir y categorizar las diferentes patologías basándose exclusivamente en las manifestaciones de estas enfermedades que podían observarse en la práctica clínica[11]. Y mención aparte merece Louis Gavarret, quien en 1840 publicó *Principios generales de estadística médica*[12], todo un manifiesto a favor de una medicina más empirista que se centrase en la manifestación de los síntomas a través de la observación sistemática de múltiples casos y en los factores que, gracias al análisis matemático de los datos recogidos, se mostraba que estaban relacionados con las patologías, independientemente de que estas relaciones se ajustasen o no al marco teórico preestablecido. Aunque las ideas de Gavarret pasaron más desapercibidas en su momento de lo que hubieran merecido, la influencia de su propuesta es muy visible en grandes ramas de la medicina actual, como la epidemiología, o en corrientes teóricas punteras, como la Medicina Basada en la Evidencia de la que hablaremos en el apartado V.4.

La medicina actual, que se caracteriza en gran medida por el enfoque bioestadístico y que es heredera en gran medida de este giro empirista, no niega el realismo de la medicina, pero defiende que este debe estar *sujeto a control empírico*. En último término, es la experiencia lo que nos debe servir para confirmar una concepción determinada acerca de la realidad. Para poder acertar en sus diagnósticos y tratamientos, los médicos deben observar la realidad y atender al conocimiento empírico proporcionado no solo por su propia experiencia, sino también por la experiencia de otros muchos profesionales y que les es accesible a través de estudios y artículos científicos. Y si los datos no concuerdan con la teoría, pues entonces peor para la teoría. La estadística supone en este sentido una herramienta muy útil para la medicina que permite dar con conocimiento válido y relevante sobre las enfermedades independientemente de, y a veces incluso en contra de, lo que nos diría la teoría médica.

Cabe señalar que hay profesionales de la medicina más dedicados al estudio de las propiedades del cuerpo humano, mientras que otros están más

centrados en desarrollar las herramientas y fármacos, y otros concentran su actividad en la práctica clínica de atender a pacientes. Para cada uno de estos tres tipos de médicos, la relación que se da entre teoría y experiencia es distinta, pero para todos ellos ambos factores tienen importancia.

Además, hay otra cuestión importante de la que apenas hemos hablado y que merecería más espacio del que disponemos: la propia observación también está influida por la teoría. Qué observamos y cómo lo categorizamos es algo que nos dicta en gran medida el tipo de teoría que asumimos. Así, es más fácil que un médico de la Roma clásica encontrase bilis negra y le diese un rol como causante de una enfermedad en sus observaciones que un doctor actual. Por esta razón, resulta en principio más adecuado un enfoque que considere este *realismo bajo control empírico* capaz de tener en cuenta la importancia de las interrelaciones entre teoría y práctica médica[13]. La medicina es una ciencia aplicada, y en este sentido es una mezcla entre conocimiento teórico y práctico.

4. MEDICINA COMO DISCIPLINA NORMATIVA

En este punto, hay que señalar también que no podemos olvidar que la medicina es, como ya hemos señalado repetidas veces, una práctica social institucionalizada. Hay mucho conocimiento científico implícito en la medicina y es imposible comprender el progreso de la misma sin el avance de la ciencia y la tecnología. Sin embargo, no es menos cierto que el tratamiento de las enfermedades se hace en el marco de un complejísimo entramado de actores que implica a los pacientes o sujetos de la labor médica, a los profesionales que desempeñan su labor en el seno de diferentes instituciones médicas y a la sociedad en su conjunto, que es, en último término, la que posibilita y sanciona toda la red de atención sanitaria. La distinción entre lo sano y lo enfermo no parece, por tanto, que pueda establecerse sin tener en consideración, además de la dimensión puramente científica de la teoría médica, todos los aspectos ideológicos, culturales y personales de las sociedades en las que la medicina se practica.

No es sorprendente que la reflexión acerca de las implicaciones éticas haya sido mucho más marcada en la medicina que en cualquier otra disciplina científica. Todo el desarrollo de la ética clínica, también conocida comúnmente como bioética, ha puesto de relieve multitud de problemas y conflictos que parecen acompañar a la labor médica y que la distinguen como una *disciplina normativa*. Pero la medicina no es normativa únicamente porque tenga consecuencias en la vida de las personas que les lleven a desarrollar instituciones, leyes y reglas de comportamiento para regularla de acuerdo a unos estándares éticos y políticos. La medicina es normativa también porque se asienta en presupuestos valorativos establecidos previamente a su puesta en práctica.

La medicina se basa en una presunción de que es posible distinguir entre estados corporales correctos e incorrectos, lo cual ya es partir de una fundamentación normativa. Además, su puesta en práctica puede afectar a todo un conjunto de relaciones interpersonales e incluso interinstitucionales (no olvidemos que en nuestras sociedades la asistencia médica se enmarca en instituciones bien definidas) lo que supone también el establecimiento de nuevas prácticas normativas. Se presuponen normas al seguir ciertos criterios para decir quién está enfermo y por qué, y se presuponen también normas cuando se actúa sobre esos enfermos para tratarlos. La medicina ejerce de este modo un control sobre las personas sobre las que actúa y sobre la forma en la que lo hace. Y, por su propia naturaleza como ciencia aplicada, no podría ser de otra forma. Es en este sentido en el que puede decirse que la medicina es una disciplina *inherentemente normativa*.

Corresponde a la filosofía de la medicina analizar críticamente el contenido de estas presuposiciones normativas. Los teóricos constructivistas (capítulo III) tienen razón cuando reivindican la importancia del contexto histórico y cultural para la categorización de nuestros conceptos médicos más básicos. Pero los teóricos naturalistas (capítulo II) aciertan también cuando remarcan que no todo vale y que el conocimiento científico (anatómico, fisiológico, etc.) es la base teórica sobre la que se asienta la práctica científica. El marco filosófico con el que se entienda la medicina es crucial porque conllevará diferentes implicaciones para una disciplina que es inherentemente normativa. Muy

probablemente, el enfoque filosófico más adecuado deberá tener en cuenta aspectos tanto de los enfoques naturalistas como constructivistas y tendrá que intentar conjugarlos de alguna manera.

5. FRÓNESIS E HIBRIS

Además de por combinar este conocimiento teórico y práctico, la medicina se caracteriza, como hemos visto, por ser inherentemente normativa. La medicina presupone y establece criterios normativos. Estos criterios normativos se fundamentan tanto en el marco teórico como en el contexto cultural de los individuos y acaban decidiendo conductas humanas concretas: qué se debe cambiar/curar, cómo y para qué.

La imagen de la realidad que ofrece la medicina tiene, por tanto, consecuencias prácticas. Una disciplina que describe ciertos estados como «saludables» y otros como «enfermizos» es particularmente delicada. Tal y como han señalado los teóricos constructivistas, la medicina es un conjunto de acciones sobre nuestras vidas y las de otros que no puede desligarse de toda una amalgama de valores culturales que en último término la justifican y sancionan. La ética es imprescindible en medicina de la misma forma que lo es en pedagogía, derecho o economía: porque son disciplinas inherentemente normativas que precisan de un control ético sobre sus asunciones axiológicas y sus implicaciones humanas, sociales y políticas. Las atrocidades de las que la medicina ha demostrado ser capaz no siempre tienen que ver con mala teoría, como en el caso de las sangrías, sino con mala ética (pensemos, por ejemplo, en los experimentos llevados a cabo en campos de concentración y circunstancias similares). La realidad de la medicina no solamente debe tener un control empírico, sino también una vigilancia normativa. Por supuesto, esta vigilancia no consiste solo en regular mediante reglas o leyes jurídicas, sino también en revelar todos los valores implicados en el pensamiento y la acción médica, para comprender así adecuadamente todos los factores que definen nuestra forma de entender y hacer medicina.

Una caracterización filosófica clásica de este tipo de sabiduría práctica es la que hace referencia a la frónesis (Φρόνησις, *phronēsis*). A estas alturas, seguramente ya ha quedado claro que a los filósofos les gusta usar términos en griego casi tanto como a los juristas utilizar fórmulas en latín o a los cocineros escribir los nombres de sus platos en francés. Frónesis es un término que hace referencia a la capacidad para juzgar de forma racional nuestras posibles acciones para que estas den lugar a efectos deseables. Para Aristóteles, la frónesis supone una combinación entre conocimientos teóricos y prácticos junto con una perspectiva normativa, pues determinar un comportamiento correcto suponía conocer el mundo de forma adecuada, tener la capacidad de actuar sobre él a través de nuestras decisiones y, además, poder considerar racionalmente cuáles son las consecuencias o efectos deseados para nuestras acciones[14].

Frónesis se ha traducido muchas veces por «prudencia» y, aunque esta traducción ha sido muy criticada, resulta muy útil para un primer acercamiento a este concepto. Del mismo modo que decimos que una persona demuestra prudencia cuando, por ejemplo, se abriga en un día frío, se puede decir también que hay prudencia cuando se decide tomar una conducta con ciertas consecuencias éticas. Una persona prudente que se abriga es alguien que: 1) tiene un conocimiento teórico del mundo, a saber, que el frío produce malestar y que puede ser un catalizador importante de enfermedades y trastornos; 2) posee la capacidad para actuar en consecuencia, en este caso poniéndose más ropa; y 3) es capaz de discernir racionalmente aquellos estados que considera buenos o malos y prever las consecuencias de sus acciones potenciales con respecto al fin que considera deseable.

Una persona prudente, en un sentido ético, es alguien capaz de discernir qué es un fin deseable. El mismo Sócrates consideró que la frónesis era la capacidad más importante del ser humano, pues quien se comporta con frónesis actúa con virtud y este sería el verdadero propósito de todo ser racional. Y Platón escribió en el *Menón* que la frónesis constituye una especie de «entendimiento moral» que no puede aprenderse o adquirirse pues es una habilidad innata universal que da sentido moral a todo nuestro conocimiento. Para Aristóteles, una persona con frónesis es alguien que

actúa de forma moralmente virtuosa. Todo el mundo puede sentir miedo, confianza, deseo, enojo, lástima, placer o dolor. Sentirlos demasiado o demasiado poco son ambas opciones equivocadas. Lo virtuoso es tener la capacidad de experimentar estos sentimientos en los momentos adecuados, sobre la base adecuada, hacia las personas adecuadas, por el motivo adecuado y en el momento adecuado; y la manera correcta de sentirlos es a un nivel intermedio, es decir, en el grado adecuado. En la actualidad, autores como Alasdair MacIntyre[15] han desarrollado propuestas muy influyentes en teoría ética basadas en esta concepción de frónesis como capacidad distintiva para el discernimiento ético.

Lo contrario de la frónesis es la hibris (ὕβρις hýbris): la desmesura y el orgullo que muestran en muchas ocasiones los humanos y que les llevan a superar los límites impuestos por los dioses. La hibris es algo más que simple imprudencia, es una violación de los estándares normativos marcados por la frónesis. Aquiles desencadena todo el conflicto entre hombres y dioses del que nos habla Homero en *La Ilíada* porque se deja llevar por su hibris y permite que su enfado con Agamenón le aparte de su obligación como guerrero aqueo, esto es, combatir bajo las órdenes de su líder. Del mismo modo, Aquiles está ciego de hibris cuando desprecia las normas religiosas y los usos tradicionales para el trato con los muertos y se ensaña durante días con el cadáver de su enemigo Héctor. Solo al final del poema homérico y gracias a la compasión que siente ante Priamo, el padre de Héctor, vuelve Aquiles a comportarse de acuerdo a lo que los dioses y los hombres consideran que es lo correcto, en otras palabras, solo entonces Aquiles recupera la frónesis[16].

En nuestra cultura, el código de conducta de profesionales como los médicos no parece estar regido por la voluntad de los dioses, pero sí que aún así persiste una idea de «comportamiento virtuoso». Dado el carácter inherentemente normativo de la medicina, se entiende que los buenos médicos deben ser buenos también en un sentido ético. Esto implica el incorporar al ejercicio de la medicina reglas de conducta que sean sensibles a los valores personales y al contexto cultural de los pacientes. La comunicación médica clara y amable, el requerimiento de un consentimiento informado y el tratamiento empático en cada fase del

tratamiento son ejemplos de frónesis médica. Un médico que maltrate a sus pacientes escudándose en un magnífico conocimiento teórico de la medicina o en unas espectaculares habilidades técnicas, al estilo del televisivo doctor House, sería un ejemplo claro de hibris.

Además, los médicos no solamente tienen que tener en cuenta los valores de los pacientes, sino también los suyos propios. La frónesis médica implica también el reconocimiento de que, en el ejercicio de su función, se pueden estar asumiendo sesgos que condicionen la forma en la que se trata a los pacientes. De forma consciente e inconsciente, los profesionales de la medicina están muy determinados por sus valores sociales y culturales. En un estudio publicado en 2008, se mostró que las mujeres esperaban más que los hombres para recibir tratamiento ante el mismo tipo de dolor abdominal y que la probabilidad de que estas recibieran analgésicos opiáceos era entre un 13 % y un 25 % menor[17]. Además, hay otros estudios que demuestran que, en servicios de urgencia, es más probable que se administren analgésicos a los hombres y sedantes a las mujeres, sin que haya ninguna razón clínica que justifique esta disparidad de género[18]. Además del género, hay otros factores extraclínicos que afectan al tratamiento médico, como la raza o la clase social[19]. Estas diferencias en el tratamiento a los pacientes parecen obedecer a prejuicios y sesgos culturales que muy frecuentemente pasan desapercibidos para los profesionales. Todos tenemos prejuicios y todos somos susceptibles de actuar determinados por nuestros sesgos. El doctor prudente debe ser capaz de tener en cuenta sus propios condicionantes, pues no hacerlo y dar por hecho que estos no le afectan es otra forma de hibris.

En conclusión, tal y como decía la célebre sentencia de Letamendi, la medicina no consiste solo en conocimiento médico. Un médico que no tenga en cuenta el carácter intrínsecamente normativo de su disciplina, tanto en sus asunciones como en sus implicaciones, no estará comprendiendo bien en qué consiste la medicina.

6. CONCLUSIONES

Los profesionales de la medicina creen que pueden —y que deben— intervenir en el mundo porque consideran que, de alguna manera y en la medida de sus posibilidades, son capaces de mejorarlo. Y esto es posible porque confían en contar, al menos, con tres cosas muy importantes: 1) un buen conocimiento científico acerca del cuerpo humano y su funcionamiento; 2) unos instrumentos y unas habilidades prácticas que les capacitan para tratar adecuadamente a sus pacientes aplicando su conocimiento teórico y respetando además las peculiaridades morales y personales de cada caso; y 3) un criterio lo suficientemente claro para saber cuándo la labor médica es necesaria, es decir, para decidir qué estados concretos constituyen una enfermedad y cuándo su actuación como médicos supone una contribución positiva. No es poca cosa. Vale la pena señalar que, aunque los diferentes teóricos parecen estar de acuerdo en que las tres condiciones son necesarias para la práctica médica, no parecen darle la misma importancia a cada una de ellas. Así, los naturalistas consideran que el conocimiento teórico es el fundamento de una buena técnica y de un criterio normativo adecuado. Consecuentemente, la concepción biologicista de la enfermedad se basa en una perspectiva realista que entiende que la medicina es, sobre todo, una aplicación, más o menos directa, de un conocimiento biológico (anatómico, fisiológico, bioquímico, microbiológico, etc.). La biología sería la ciencia que nos muestra la realidad del cuerpo humano. En este enfoque, la teoría científica siempre es anterior a la observación y la determina. Qué mirar, cómo describirlo y de qué manera considerarlo médicamente es algo que debe decir la biología.

La imagen de la realidad que nos ofrece la medicina se basa en marcos teóricos concretos, provenientes del conocimiento de las ciencias biológicas, que es revisado continuamente por los resultados de la práctica médica. Es en este sentido en el que podemos decir que la medicina se basa en un realismo bajo control empírico. Sin embargo, si la medicina solo fuera conocimiento teórico aplicado, quizá pudiera reducirse a la biología o incluso considerarse un conglomerado de ciencias biológicas como la anatomía, la microbiología, la bioestadística, etc., aunque la experiencia pueda de alguna forma «corregir» provisionalmente a estas ciencias. Pero la dimensión normativa de la medicina la convierte en un saber muy diferente.

La medicina no tiene como objetivo principal simplemente describir una parte de nuestro mundo (en este caso, nuestros propios cuerpos), sino transformarlo para arreglarlo o mejorarlo. Es por ello que la medicina es inherentemente normativa. No podría haber medicina sin una concepción previa de qué estados corporales son correctos y cuáles incorrectos y, al ponerse en práctica, la medicina introduce estándares normativos con los que se nos evalúa y que marcan los ideales corporales que conforman nuestra concepción de salud.

Esta dimensión inherentemente normativa explica la relevancia ética enorme de la medicina. Los médicos no se limitan simplemente a describir y explicar la realidad, sino a modificarla para que se ajuste a un ideal predeterminado. A los médicos se les exige, por tanto, sabiduría en el plano teórico y virtuosismo en el moral, es decir, frónesis[20]. Tal y como hemos visto en este capítulo, la medicina se apoya, en primer lugar, en un conocimiento teórico lo más exhaustivo posible sobre la realidad biológica; en segundo lugar, en unas destrezas técnicas sofisticadas que les permitan diseñar o utilizar fármacos, herramientas y métodos terapéuticos con los que tratar a los pacientes; y, en tercer lugar, en una capacidad de discernimiento moral que les sirva de guía para que la práctica médica suponga siempre una contribución positiva en beneficio de los enfermos.

---

[1] Acerca de Letamendi, véase: (Rando, 1968).

[2] Pueden consultarse las definiciones básicas que asume el CGCOM en: (Sendín, 2010).

[3] Véase: https://en.wikipedia.org/wiki/Physician.

[4] (Banks, 1892).

[5] Cita extraída de: (Miranda y Miranda, 2013). Véase también: (Moore, 2008).

[6] (Laín Entralgo, 1964, p. 21).

[7] Sobre la distinción clásica entre *episteme* y *techne*, es muy recomendable la entrada escrita por Richard Parry para la Stanford Enciclopedia of Philosophy: https://plato.stanford.edu/entries/episteme-techne/.

[8] (Glymour y Stalker, 1983).

[9] El padre de la teoría falsacionista fue el filósofo Karl R. Popper: (Popper, 2008). A lo largo de los años esta influyente teoría ha sido criticada y revisada profusamente, aunque sigue siendo una de las principales herramientas para abordar el problema de la demarcación entre el discurso científico y los no científicos. Véase: (Feyerabend, 2007; Lakatos, 2002).

[10] Sobre la teoría médica de los humores: (Subbarayappa, 2001).

[11] Véase: (Cro, 2018; Sydenham, 2010). Es muy significativo que Linneo realizó una taxonomía de las enfermedades siguiendo unos criterios y una metodología muy similares a los que había utilizado para su célebre clasificación de las especies biológicas: (Linnae, 2010).

[12] (Gavarret, 2018).

[13] Para profundizar sobre esta idea de realismo bajo control empírico de la medicina, véase: (Wulff, Pedersen y Rosenberg, 2002, pp. 64-78).

[14] La noción de frónesis es utilizada por Aristóteles con profusión, por ejemplo en su *Ética a Nicómaco*: (Aristóteles, 2019).

[15] (MacIntyre, 2013).

[16] (Evans, 1978; Gillies, 2016). Un riguroso estudio sobre la relación entre frónesis e hibris en *La Ilíada* es: (Redfield, 1992).

[17] (Chen *et al.*, 2008).

[18] (Meghani, Byun y Gallagher, 2012).

[19] (Krieger *et al.*, 1993).

[20] El autor que más ha desarrollado esta idea de frónesis médica es Edmund Pellegrino: (Davis, 1997; Pellegrino, 1976, 1998).

CAPÍTULO V

EXPLICACIÓN EN MEDICINA: REDUCCIONISMO Y HOLISMO

1. VIRUS NARIGUDOS Y MAQUINARIAS BIOLÓGICAS

Cuando yo era niño estaba convencido de que los virus tenían cara humana. Sé que esta confesión puede sonar extraña y hasta increíble, pero así es. Para mí, los virus tenían los ojos, la boca y la nariz de una persona. Pero no de una persona cualquiera. Los virus tenían los ojos furiosos, la boca burlona y la nariz grotesca de uno de los personajes de *Érase una vez el cuerpo humano*[1], una serie de dibujos animados que me tenía fascinado y de la que no me perdía un solo capítulo cuando volvía corriendo de la escuela para encender el televisor. Todos los días, a la misma hora, pasase lo que pasase, yo me mantenía fiel a mi cita televisiva. Hoy, pensándolo desde la distancia que da el paso del tiempo, no deja de sorprenderme tanta pasión por un programa educativo.

En *Érase una vez el cuerpo humano*, se presentaba una visión completamente antropomorfizada del funcionamiento del cuerpo humano a través de las peripecias de varios personajes que representaban a estructuras biológicas. Así, los niños de mi época pudimos ver que los glóbulos rojos tenían aspecto de esforzados peregrinos del Camino de Santiago que viajaban por todo el cuerpo cargando oxígeno a sus espaldas, y que los neurotransmisores eran unos veloces mensajeros vestidos como corredores de maratón que iban a toda pastilla de un lado a otro para transmitir las órdenes del cerebro, que era a su vez un enorme centro de operaciones dirigido por un venerable anciano de larga barba blanca. Mis favoritos, por supuesto, eran los malos. Y los mejores eran los virus, los cuales tenían la forma de narigudos pelirrojos ansiosos por destrozar todo lo que pillasen.

Claro está que luego descubrí que los virus de verdad eran muy diferentes y que la visión del cuerpo humano de estos dibujos animados estaba muy lejos de ser fiel a lo que de verdad ven aquellos que observan nuestra fisiología. Sin embargo, sería injusto decir que este programa de televisión no servía para enseñarnos cosas ciertas sobre el cuerpo humano, aun de forma simplificada.

Al presentarnos la disposición de nuestros componentes biológicos como si fueran sociedades con instituciones y roles claramente diferenciados, se ponía de relieve una característica distintiva de los sistemas biológicos: los seres vivos son *organizaciones* que, al igual que ocurre con las sociedades, están conformadas por diferentes entidades que contribuyen de forma diferenciada, pero coordinada, a la consecución de ciertas metas o capacidades globales. La respiración, la circulación sanguínea o la reproducción sexual no son posibles si no se da una integración coordinada de muchos órganos y procesos distintos. Como en la serie de dibujos animados, un comportamiento sano implica una buena organización. Qué es una buena organización y qué puede hacerse para lograrla y preservarla sería precisamente el objeto de la medicina.

La perspectiva *biomecanicista* considera que la medicina se fundamenta principalmente en el conocimiento científico de los detalles de las organizaciones biológicas[2]. Para los mecanicistas, comprender el cuerpo humano consiste en identificar los mecanismos que subyacen a los fenómenos que podemos observar. Así, para entender la respiración hemos de saber cómo se interrelacionan todos los elementos que conforman el mecanismo que llamamos sistema respiratorio y para entender el corazón hemos de situar nuestra investigación en el contexto de los procesos integrados que conforman el sistema circulatorio. Una vez que sabemos cómo es el mecanismo, podemos localizar cada una de sus partes e intentar arreglarlas si alguna de ellas presenta fallos.

Sanar a un individuo, defienden los teóricos biomecanicistas, puede ser algo complejo, pero no es cualitativamente distinto de arreglar una máquina. En el fondo, no se trata más que de piezas que deben funcionar de una forma determinada para dar lugar a una capacidad global concreta. Una enfermedad es vista, consecuentemente, como un mal funcionamiento de la

maquinaria biológica[3]. Es en este sentido en el que la teoría médica que asume esta perspectiva mecanicista no está muy lejos de la imagen del funcionamiento orgánico de *Érase una vez el cuerpo humano* y es, muy probablemente, la forma más extendida de entender la medicina.

Sin embargo, no todos los teóricos están satisfechos con este tipo de planteamiento. Hay quien ha señalado que asumir que los cuerpos son máquinas conlleva importantes problemas, tanto teóricos como prácticos. En este capítulo analizaremos la discusión filosófica acerca de la pertinencia de asumir un enfoque mecánico (también llamado en ocasiones *biomédico*) y consideraremos en qué consisten las posibles alternativas a este enfoque.

2. REDUCCIONISMO *VS.* HOLISMO

El mecanicismo en filosofía de la medicina se suele vincular con una postura metodológica llamada *reduccionismo.* Según este enfoque, el objetivo principal de la medicina debe ser analizar e intervenir en las partes y procesos fisiológicos más básicos. Cuanto más vayamos al nivel fundamental de las partes que componen nuestros mecanismos biológicos, tanto mejor será nuestro conocimiento de los mecanismos biológicos que están detrás de las patologías.

El reduccionismo ha dado lugar a grandes logros médicos y muchas enfermedades han sido abordadas desde este punto de visto con gran éxito. Por ejemplo, y como veremos en el siguiente apartado, el enfoque reduccionista está detrás del descubrimiento de los microorganismos y de la *teoría microbiana de la enfermedad,* formulada por Louis Pasteur, que en la segunda mitad del siglo XIX vino a sustituir a la vetusta teoría de los humores[4]. Enfermedades tan graves como la sífilis, el escorbuto o la tuberculosis son comprendidas en sus fundamentos fisiopatológicos y esto nos permite diagnosticarlas ahora mediante pruebas clínicas relativamente sencillas. En estos casos, la medicina ha encontrado el agente causal de estas enfermedades, es decir, la entidad que altera el correcto funcionamiento del mecanismo biológico. Así es como se identifican las

bacterias y los virus que, aunque no se parecen a los que tanto me gustaban a mí de pequeño, son los responsables de las enfermedades infecciosas. Medidas indudablemente exitosas en la lucha contra estas enfermedades van destinadas precisamente a eliminar estos bacilos. La esterilización, los antibióticos, las vacunas o la generalización de la higiene son resultados del modelo reduccionista de la teoría microbiana.

No obstante, algunos autores y corrientes teóricas han señalado que este enfoque reduccionista conlleva importantes limitaciones[5]. Los denominados teóricos *holistas* defienden que no se pueden entender la salud y la enfermedad únicamente en términos biológicos y que han de tenerse también en cuenta muchos aspectos contextuales, como el entorno socioeconómico o las peculiaridades culturales y subjetivas. La razón de esto tiene su fundamento en la misma forma de entender la enfermedad: los holistas creen que las enfermedades son fenómenos que afectan a la totalidad del individuo y, por tanto, no pueden explicarse descomponiendo a las personas en mecanismos biológicos concretos y diferenciados y aislándolas de su entorno social y de sus valores personales.

El holismo es una perspectiva muy reivindicada desde los llamados tratamientos alternativos o «naturales», pero tiene un gran predicamento también en áreas específicas de la medicina como la epidemiología o la psiquiatría. Para los holistas, hay fenómenos que ocurren a cierto nivel, como por ejemplo, el psicológico, que no pueden reducirse a propiedades de los componentes de niveles más básicos, como el químico. Así, por ejemplo, mientras los reduccionistas entienden que la depresión no es sino una consecuencia de un déficit de neurotransmisores monoamina como la serotonina, los holistas sostienen que la depresión no puede entenderse de forma realmente eficiente sin atender a todo el conjunto de particularidades tanto físicas como sociales del paciente. Esto supone importantes diferencias metodológicas entre los médicos reduccionistas y los holistas. Mientras que los primeros abogan por una investigación centrada en el ámbito bioquímico, los segundos defienden que la investigación y los tratamientos deben tener una visión mucho más amplia para dar cuenta de todos los aspectos que afectan a los pacientes y deben centrarse, por tanto, en la experiencia misma del individuo como enfermo.

Es significativo que, en el siglo XIX, cuando la perspectiva holista empieza a desarrollarse en la medicina occidental, el término con el que se conoce a estos médicos es «higienistas», pues fueron los médicos que hacían énfasis en la necesidad de mejorar las condiciones higiénicas quienes empezaron a ver la enfermedad como un fenómeno social que abarcaba todos los aspectos de la vida humana. Por ello, era necesario mejorar las condiciones de salubridad en las que vivían los ciudadanos, especialmente los más pobres, si se quería combatir eficazmente la enfermedad. Expertos como Frank (autor de la influyente obra *La miseria del pueblo, madre de enfermedades*[6]), Turner, Thackrah, Arnold, Chadwick, Villermé o Virchow, contribuyeron a conformar una visión social de la medicina que dio lugar a importantes movimientos políticos, a la erradicación de enfermedades como el cólera o la fiebre amarilla y al nacimiento de la Salud Pública como rama de la medicina[7]. En conclusión, los holistas, ya desde sus orígenes, han defendido que la medicina no puede ser solamente bioquímica y que el modelo biomecanicista no es suficiente.

3. CAUSALIDAD EN MEDICINA

La distinción entre enfoques reduccionistas y holistas nos remite a una cuestión central en filosofía de la medicina: ¿cuál debe ser el modelo de explicación en medicina? Antes de abordar este tema, vamos a detenernos un poco en un caso concreto de investigación médica en el que se puede ver claramente cómo se ha aplicado el modelo reduccionista en medicina.

Se calcula que a mediados del siglo XIX aproximadamente una de cada siete muertes en los países de Europa se debía a la tuberculosis. Los estragos que causaba esta enfermedad, entonces intratable, eran tan enormes que es muy difícil no ver al hombre que dio con su causa, ayudando así a encontrar tratamientos para combatirla, como uno de los grandes héroes de la medicina.

Heinrich Hermann Robert Koch, tercer hijo (de once) de un técnico de minas y súbdito del entonces reino alemán de Prusia, anunció el 24 de marzo de 1882 que había descubierto, junto con su equipo en Berlín, la

bacteria causante de la tuberculosis, la *mycobacterium tuberculosis*. El descubrimiento fue celebrado mundialmente, pues permitió que esta bacteria se estudiase en detalle, que se desarrollasen fármacos efectivos para combatirla y, a la postre, le valió a Koch el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1905. Además, este es solo uno de los muchos logros impresionantes de quien es considerado, junto con Pasteur, el fundador de la bacteriología[8].

En 1876, seis años antes de desentrañar el misterio del causante de la tuberculosis, Koch identificó, trabajando con muy pocos medios, la bacteria causante del carbunco (enfermedad también conocida como ántrax): el *Staphylococcus aureus*. Fue incluso capaz de extraer esta bacteria de la sangre y hacerla crecer en cultivos puros. Además, fue el primero en observar la función de las endosporas como preservadoras de las bacterias fuera del organismo. Estos descubrimientos le llevaron a formular sus célebres «postulados de Koch», los cuales siguen siendo muy influyentes para la microbiología actual. Así, para Koch, se puede afirmar con seguridad que un microorganismo es el agente causante de una enfermedad siempre y cuando se den estas condiciones:

— El microorganismo debe estar presente en todos los casos de organismos enfermos que se examinen, y ausente en todos los organismos que estén sanos.
— El microorganismo debe poder ser cultivado y mantenido en un cultivo axénico (puro) fuera del organismo enfermo.
— El microorganismo cultivado, aun después de varias generaciones, ha de ser capaz de causar la enfermedad en un organismo susceptible sano al que se le inocule.
— El microorganismo debe poder ser aislado de nuevo a partir de este organismo inoculado y, asimismo, ser nuevamente inoculado en otro distinto causándole la enfermedad.

Aunque estos postulados han sido revisados y se han encontrado algunos bacilos que suponen excepciones, siguen siendo una guía de actuación fundamental para el trabajo de los microbiólogos. El principio en el que se

basan es extremadamente simple: si aislamos un agente infeccioso y demostramos repetidamente que es capaz de provocar la enfermedad en individuos que, en su ausencia, no la tienen, entonces podemos considerar que este agente es, sin ningún género de dudas, la causa de esa enfermedad.

Siguiendo estos postulados, Koch y sus discípulos consiguieron impresionantes logros. Su método se vio fortalecido por la introducción de lo que entonces eran novedosas técnicas de tinción y purificación de diferentes medios para favorecer el crecimiento bacteriano (de hecho, las famosas placas de Petri se llaman así en honor de uno de sus ayudantes, Julius Petri). Además del carbunco y de la tuberculosis, Koch localizó también a la bacteria causante del cólera y viajó por todo el mundo investigando diferentes enfermedades con muy notable éxito. Por su lado, seguidores de Koch como Behring, Loeffler, Shibasaburo, Fibiger o Fordyce, entre muchos otros, siguieron utilizando sus métodos y encontraron los bacilos responsables de enfermedades tan terribles como el tifus, la gonorrea, la meningitis cerebroespinal, la sífilis, la difteria, la peste pulmonar, el tétanos o la lepra[9].

Estos grandes logros de la aplicación en el laboratorio de los postulados de Koch parecen dar la razón a un modelo declaradamente reduccionista de la medicina. La investigación en el nivel microscópico nos sirve, al menos en muchos casos, para desentrañar los causantes de las enfermedades que conllevaban los fallos mecánicos en nuestra fisiología. Con el nacimiento de la microbiología, los médicos empezaron a armarse de microscopios y el modelo biomédico se desarrolló de forma espectacular a partir de entonces.

Filosóficamente es muy interesante observar que este enfoque reduccionista de los postulados de Koch se corresponde con lo que llamamos un *modelo monocausal de la enfermedad.* Según este modelo, bajo las circunstancias adecuadas, una enfermedad ocurre si y solo si está presente un agente concreto. Por ejemplo, Koch probó que la tuberculosis se desarrolla en un individuo solamente si este es afectado por la bacteria *mycobacterium tuberculosis*. La presencia de esta bacteria se dice que es una causa *necesaria y suficiente* para la tuberculosis. No hay casos de tuberculosis sin presencia de la bacteria y no hay casos de presencia de la bacteria sin tuberculosis (aunque sea en estado latente). La relación de

dependencia entre una y otra está perfectamente delineada. Esta descripción de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, parecen encajar muy bien con este modelo monocausal, al igual que ocurre con las enfermedades relacionadas con ciertas carencias, como la anemia o la diabetes: el déficit de un componente (hierro, insulina…) es la causa necesaria y suficiente de la enfermedad.

Sin embargo, existen muchas enfermedades en las que no parece posible encontrar una única causa subyacente. El cáncer, las enfermedades endocrino-metabólicas o los trastornos psiquiátricos son ejemplos típicos de patologías «complejas» cuya etiología remite a una conjunción de muchos factores. Para comprender estas enfermedades no parece posible apelar a una causa única necesaria y suficiente, sino a todo un conjunto de *causas predisponentes*, es decir, factores que por sí solos no podemos decir que son los causantes de la enfermedad pero que todos juntos pueden dar lugar a ella. Este es el *modelo multifactorial de la enfermedad* y casa muy bien con la perspectiva holista.

Además, el modelo multifactorial parece también pertinente aun en el caso de las enfermedades infecciosas. Incluso cuando se pueda localizar un agente causal único para las enfermedades, hay multitud de factores que contribuyen a la aparición de estos agentes. Los historiadores de la medicina como Thomas McKeown[10] muestran que las muertes por tuberculosis empezaron a decaer en Europa no solo por los descubrimientos de Koch y por el uso de los antibióticos, sino, ya desde décadas antes de estos avances, por las mejoras en las condiciones de vida de los ciudadanos. Unos hogares más limpios, una alimentación más nutritiva y unas condiciones de trabajo más seguras redujeron enormemente los efectos del bacilo. Como los holistas se empeñan en resaltar, las amenazas para la salud tienen muchas veces un origen (y un remedio) social.

Sin embargo, cabe decir que los enfoque reduccionistas y holistas, así como los modelos monocausales y multifactoriales, no son necesariamente incompatibles. La investigación a nivel microbiológico puede verse enriquecida por enfoques que tengan en cuenta los aspectos socioeconómicos y subjetivos de los pacientes, y viceversa. No parece imprescindible acogerse solo a una forma de abordar el fenómeno de la

enfermedad. Y lo mismo ocurre con la cuestión de la causalidad. Investigar qué agente puede provocar una enfermedad no está reñido con entender que una enfermedad puede también ser provocada por diversos factores que, desde diferentes niveles (microbiológico, fisiológico, mental, social) afectan a la salud de los individuos. Del mismo modo que, aun cuando sea posible hallar una única causa necesaria y suficiente de la enfermedad, no se debe descuidar el análisis de las condiciones en las que esta se manifiesta en los pacientes concretos.

4. ¿MEDICINA SIN MODELO DE ENFERMEDAD? MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Aún nos queda hablar de otro modelo de la medicina. Un modelo que aboga por una postura muy diferente a la noción biomecánica del reduccionismo pero que también está muy lejos del enfoque social del holismo. La *medicina basada en la evidencia* (MBE) es un enfoque de la medicina centrado en reivindicar la importancia de las pruebas científicas para la toma de decisiones en la práctica médica. Lo importante para los defensores de este enfoque es que la medicina esté basada en conocimiento fiable y contrastado. Para ello, una tarea esencial es clasificar los diferentes tipos de pruebas científicas y ponderarlo en cuestión de su solidez[11].

Para los adscritos a la MBE, los datos científicos deben primar por encima de las intuiciones, la tradición, el conocimiento común o las mismas conclusiones extraídas de la experiencia clínica de los médicos. Una buena medicina debe basarse en el análisis crítico de los estudios médicos realizados y en el uso de métodos racionales para la toma de decisiones terapéuticas siempre a partir de datos. En una de las primeras definiciones de la MBE, se nos dice que:

> La medicina basada en la evidencia desestima la intuición, la experiencia clínica no sistemática y los conocimientos patofisiológicos como fundamentos suficientes para la toma de decisiones y enfatiza la importancia de examinar las pruebas de la investigación clínica[12].

La herramienta fundamental de la MBE para obtener evidencia fiable es el ensayo clínico aleatorizado (ECA). De hecho, los inicios de la MBE se

encuentran en los años 70 del pasado siglo XX, cuando los ECA empezaron a aplicarse de forma generalizada en el ámbito médico. Pioneros como Archie Cochrane, John Wennberg y David Eddy reclamaron que el análisis de los resultados de estos ECA debía ser el fundamento sobre el que diseñar, evaluar y diagnosticar tratamientos. Esta reclamación es la base del manifiesto fundacional de la MBE del *Grupo de Trabajo en Medicina Basada en la Evidencia* de la Universidad de Ontario, Canadá, publicado en 1992 en la prestigiosa revista *JAMA* y al que pertenece la definición de la cita anterior.

En medicina, un ensayo clínico es un estudio experimental que tiene como objetivo probar la eficacia de un tratamiento para su uso con seres humanos, así como su seguridad para la salud. Decimos que un ensayo clínico está aleatorizado cuando se incorporan en el diseño del estudio condiciones muy concretas a fin de evitar sesgos por parte del investigador o los sujetos y así garantizar que el resultado de los estudios tenga validez estadística, es decir, que sus resultados puedan ser aplicables a otros sujetos. Existen muy diversas formas de aleatorizar un ECA, que dependen de las características del estudio que se quiera realizar. Entre estas, están los dobles ciegos y los ensayos con placebo y nocebos. En cualquier caso, la clave de un buen ECA está en que el resultado que ofrezca sea lo más fiable posible y que ofrezca buenos datos significativos y confiables (evidencias).

Aunque las farmacéuticas pueden realizar también estudios preclínicos anteriores, los ECA que se hacen con los nuevos medicamentos suelen dividirse en cinco fases, las cuales deben superarse consecutivamente para que un medicamento pueda comercializarse. Cada una de estas fases tiene objetivos distintos y características propias (de hecho, pueden verse también como estudios independientes):

— En la fase 0, se busca conocer la farmacodinámica (cómo afecta el fármaco al cuerpo al tomarlo) y la farmacocinética (cómo queda afectado a su vez el fármaco una vez que es procesado por el cuerpo). Para ello, se toma a un grupo de sujetos reducido, usualmente entre 10 y 15, a los que se le administra el medicamento y se toman datos preliminares acerca de la absorción, metabolización y excreción del

medicamento. Esta fase suele ser entendida como opcional y en ocasiones los estudios comienzan directamente en la fase 1.

— En la fase 1, lo que interesa comprobar principalmente es la seguridad del medicamento. Esta fase se hace con la participación de entre 20 y 80 personas. Sirve para determinar las dosis que se pueden tomar sin riesgos y se empiezan a identificar efectos secundarios. Por supuesto, muchos efectos secundarios pueden ser visibles solo a largo plazo o pasar desapercibidos en un grupo tan reducido, por lo que en el resto de fases se seguirán identificando y evaluando.
— En la fase 2, los investigadores comprueban la eficacia del fármaco. Usualmente lo hacen comparando sus efectos con un placebo. En esta ocasión los grupos de sujetos son más grandes (entre 100 y 300 individuos). En esta fase los sujetos ya son pacientes que presentan la enfermedad para la que está diseñado el medicamento (en las fases anteriores se trata normalmente de pacientes sanos). Algunos de ellos son administrados con el fármaco y otros con un sustituto sin ningún efecto (el placebo). Esto ayuda a determinar cuál es el efecto real del medicamento en el cuerpo.
— En la fase 3, se obtiene una confirmación de la seguridad y eficacia del medicamento. Entre 1.000 y 3.000 sujetos son monitorizados a fin de encontrar otros posibles efectos adversos y, además, se compara el efecto del fármaco con el de otros ya disponibles en el mercado. Cualquier información que pueda ser relevante para el uso seguro y eficaz del medicamento es tomado en cuenta y, si se demuestra que el nuevo medicamento supone una mejora frente a las alternativas médicas ya disponibles, se pasa a la fase final.
— En la fase 4, la última y que afecta a todo el período en el que el medicamento se use, lo que se hace es controlar el medicamento ya en su fase comercial. Cuando el medicamento ya está disponible para los pacientes, este sigue siendo objeto de estudios para garantizar su seguridad y registrar cualquier incidencia que se hubiera podido pasar por alto en las fases 0, 1, 2 y 3. Idealmente, los medicamentos nunca dejan de ser objeto de análisis clínico, aun cuando su seguridad y eficacia parezcan demostradas.

Los ECA bien diseñados nos dan información fiable acerca de la seguridad y eficacia de un tratamiento y el estudio comparado de muchos ECA supone la forma más fiable de conseguir evidencia, según la MBE[13]. Esta evidencia estaría por encima de la que se obtiene mediante estudios observacionales (en los que se observa cómo actúa un tratamiento en un conjunto de individuos que no ha sido previamente aleatorizado) y, sobre todo, del conocimiento que se obtiene del estudio mecanístico de los organismos. Esta sería una versión simplificada de la pirámide clásica de la jerarquía de los proveedores de evidencias fiables según la MBE:

Pirámide de la Evidencia.

Al contrario de lo que ocurre en otros modelos con forma de pirámide, como el famoso modelo de la pirámide alimentaria, aquí lo más importante es lo que está en lo alto. Como se puede ver, en la cúspide de la pirámide tenemos a los ECA y en la base al conocimiento biomédico fisiológico[14]. Según ascendemos por la pirámide, el conocimiento del que disponemos es de mayor calidad, así, los estudios observacionales y, sobre todo, los ensayos clínicos observacionales nos ofrecen mejor conocimiento que el que extraemos a partir de lo que sabemos acerca de nuestra fisiología. Esto es, como mínimo, muy poco intuitivo. ¿Cómo es posible que el

conocimiento biológico que tenemos sobre el funcionamiento del cuerpo humano no sea considerado como algo de lo más fiable? ¿Están los defensores de la MBE diciendo que nuestro conocimiento biológico es erróneo?

En realidad, la MBE no juzga la validez del conocimiento que nos da el enfoque biomédico, simplemente considera que lo que determina la fiabilidad de un cierto tratamiento es que haya demostrado su eficacia de forma reiterada y en unas condiciones que garanticen la objetividad mediante los ensayos clínicos. En este sentido, la MBE recoge en gran medida las ideas defendidas en el siglo XIX por Gavarret que se han mencionado en el apartado IV.3. No se trata de que la estadística contradiga a la biología, sino que es la estadística la que nos da datos que nos permiten saber qué es lo que funciona con independencia de que estos se correspondan o no con el conocimiento biológico.

Según la MBE, cuantos más ECA bien diseñados tengamos, más evidencia tendremos y mejores decisiones clínicas podremos tomar. El conocimiento de los mecanismos que subyacen a la acción de un tratamiento no es tan importante como su eficacia, y para comprobar su eficacia lo mejor es poner a prueba este tratamiento en múltiples ECA y dejar en segundo plano las explicaciones biomecanísticas. De hecho, hay muchos casos en los que lo esperable desde nuestro conocimiento biológico no se corresponde con los resultados que se observan en los ECA. Por ejemplo, dado el efecto fisiológico que provocan en nuestro sistema circulatorio, los medicamentos antiarrítmicos deberían ayudar a evitar los ataques al corazón, pero muchos estudios muestran que en realidad aumentan el riesgo de padecerlos[15]; y el carácter local del cáncer de mama indicaría que una mastectomía radical debería eliminar totalmente el cáncer y favorecer la recuperación, pero se ha probado reiteradamente que las mastectomías radicales están asociadas precisamente con una mortalidad más alta que otras medidas como la radiación[16]. Los datos que nos ofrece la observación del comportamiento real de los organismos son más fiables que las inferencias que podamos extraer a partir de lo que sabemos de su fisiología.

Hay multitud de ejemplos de este tipo en la medicina actual, incluyendo un caso de conocimiento médico obtenido a partir de los postulados de la MBE que nos despierta pesadillas a todos los padres primerizos: el de la relación entre la posición del sueño de los recién nacidos y la muerte súbita. El llamado «síndrome de la muerte súbita del lactante», es considerado como la principal causa de muerte en niños de entre un mes y un año de vida y no hay un consenso generalizado acerca de qué puede causarlo y qué mecanismos están envueltos en ello. No obstante, hay una gran cantidad de estudios clínicos sobre este síndrome y contamos con varios resultados estadísticos significativos: por ejemplo, que es entre los dos y los cuatro meses cuando se producen más muertes súbitas, que los casos son más frecuentes con clima frío, que los bebés negros y nativos americanos tienen más probabilidades de morir de esta forma que los bebés caucásicos, y que afecta más a niños que a niñas. También sabemos, gracias a los ECA y a las revisiones sistemáticas de estos, que parece haber una correlación entre la postura en la que los bebés duermen y la muerte súbita. Antes de que se empezase a recopilar y estudiar la evidencia estadística en los años 70 del siglo XX, lo habitual entre los pediatras era recomendar a los padres que sus hijos durmiesen boca abajo. La recomendación tenía sentido. Si un infante vomita mientras está dormido boca arriba es posible que llegue a ahogarse. También es más fácil que se ahogue con las sábanas o que algo le tape las vías respiratorias si está boca arriba. Dormir sobre el vientre, por tanto, ayudaría a evitar estos accidentes y debería reducir la probabilidad de muertes súbitas. Sin embargo, la evidencia estadística dice justo lo contrario: por razones que no se conocen del todo, es más probable que se dé la muerte súbita en niños que duermen boca abajo[17]. Los médicos, a partir de los años 70, han empezado, por tanto, a recomendar que los bebés duerman sobre su espalda y no sobre su vientre, aun cuando no parece que sepan explicar por qué es esto mejor para evitar el síndrome de muerte súbita. Aunque no se conozcan las causas ni el mecanismo que provoca la muerte súbita del lactante, la MBE permite hacer indicaciones eficaces. Recomendar que los recién nacidos duerman boca arriba seguramente ha servido para salvar vidas, aunque nos haya costado a los padres más de una noche en vela.

¿Es entonces la MBE una «medicina sin causalidad»? Más bien puede decirse que es un enfoque «agnóstico» con respecto a la cuestión de la causalidad. En un ECA, sobre todo a partir de la fase 2, se busca comprobar si un medicamento efectivamente causa el efecto que se le presupone en el cuerpo de los pacientes, pero el estudio puede ser completamente indiferente a las cuestiones bioquímicas o incluso sociales que dan lugar a este efecto. Los teóricos de la MBE no niegan la base biomecánica de la fisiopatología ni la importancia de los valores y las condiciones sociales de los pacientes y, de hecho, consideran que son también proveedoras de evidencias que deben tenerse en cuenta. Pero para la MBE lo principal debe ser evaluar la eficacia y la seguridad de los tratamientos a partir de datos extraídos de la observación de pacientes tomando el tratamiento y para esto necesitamos contar con muchos ECA, en la mayor cantidad y con el mejor diseño posible.

La MBE es también agnóstica con la cuestión de la definición de enfermedad. Aun manteniendo que la perspectiva de la MBE puede arrojar luz sobre cuestiones principales en medicina, hay muchas preguntas a las que el enfoque de la MBE no puede responder: ¿qué tipo de condiciones merecen que se les diseñe tratamientos y se evalúen mediante ensayos clínicos? ¿Son los médicos, los pacientes o los encargados de diseñar los ECA quienes deciden cuándo un tratamiento es eficiente? ¿No hay una parte importante de la medicina que va más allá de la eficiencia y que consiste también en explicar los procesos fisiopatológicos? La MBE puede plantearse como un enfoque diferente (algunos teóricos la han llegado a llamar un nuevo «paradigma»[18]) pero no parece dar respuesta a todas las preguntas que plantea la medicina. La eficacia de un medicamento es algo que, en último término, depende de la naturaleza de las enfermedades concretas aun cuando las cuestiones: «¿qué es una enfermedad?», y «¿cuál es la mejor forma de tratar una enfermedad»?, puedan ser abordadas de forma independiente.

5. CONCLUSIONES

El conocimiento biológico influye indudablemente en la práctica de la medicina, pero la medida en la que lo hace es objeto de discusión en la filosofía de la medicina. Para los reduccionistas, el enfoque biomecánico es la clave para comprender las enfermedades. Disciplinas como la microbiología nos proveen de muchos ejemplos de éxito del reduccionismo, ejemplos en los que podemos encontrar un modelo monocausal de la enfermedad, en donde un agente biológico actúa como causa necesaria y suficiente de una patología concreta. La medicina desde este enfoque sería una especie de biología aplicada.

Para el enfoque holista, en cambio, la medicina debe tener en cuenta al paciente como un todo al que es imposible entender sin tener en cuenta todo un conjunto de valores que lo determinan a diferentes niveles (personal, familiar, comunitario, etc.). El modelo causal característico de este enfoque es el modelo multifactorial de enfermedad: hay todo un conglomerado de factores que influyen de forma determinante en la aparición y el desarrollo de las enfermedades. No basta con la biología para abrir la caja negra y comprender qué son y cómo actúan las enfermedades.

En esta presentación de las posturas reduccionistas y holistas probablemente ya se haya dejado intuir que cada una de estas perspectivas parece remitir a una de las dos posiciones en el debate sobre las definiciones teóricas de las nociones de salud y enfermedad que ya hemos visto en los capítulos anteriores. Así, el modelo mecanicista reduccionista sería el propio del enfoque naturalista, mientras que el modelo holista estaría bien visible en aquellos que defienden una postura constructivista. El punto de vista objetivista del naturalismo encaja muy bien con una concepción de enfermedad como fallo mecánico. Por otro lado, el constructivismo parece más sensible a tener en cuenta las propiedades del contexto y los valores personales y asumir que la enfermedad es algo que afecta no solo en un nivel fisiológico sino a la persona como una entidad altamente compleja. Detrás de la forma en la que se ejerce la medicina está una concepción filosófica concreta sobre la salud y la enfermedad.

En este punto, hay dos salidas principales que se pueden tomar en este debate. La primera consiste en asumir una postura agnóstica a la cuestión de la definición de la salud y la enfermedad, como la sostenida por la MBE. Al

enfrentarse a una enfermedad concreta, para la MBE lo importante no es definir sus características concretas en base a sus mecanismos subyacentes, sino investigar cuál es el tratamiento más eficiente para abordarla. La MBE se preocupa por conseguir, comparar y juzgar los datos disponibles a fin de decidir cuáles son las evidencias más fiables y juzgar, a partir de las alternativas disponibles, cómo debe ser la mejor medicina. El problema del enfoque de la MBE es que, al mover el foco de la comprensión de la enfermedad a la cuestión de la *eficiencia* los tratamientos pasan por alto la cuestión acerca de qué condiciones deben ser consideradas como enfermedades y por qué, consecuentemente, se deben tratar médicamente. Fenómenos tan delicados como la promoción de enfermedades, de la que hemos hablado en el apartado III.4, resultan especialmente problemáticas para la MBE.

La otra alternativa es optar por lo que podemos llamar un *pluralismo integrador*[19]. Este enfoque es pluralista porque reconoce la existencia de diferentes modelos explicativos compatibles en medicina, y es integrador porque aboga por una perspectiva que sea capaz de conjugar todos estos modelos entendiéndolos como recursos teóricos que responden a diferentes cuestiones médicas. El reduccionismo y el holismo no son necesariamente modelos médicos incompatibles y se puede defender que hay motivos para sostener que en la práctica médica deben tenerse en cuenta ambos enfoques para abordar las diferentes enfermedades. Por ejemplo, el modelo reduccionista y monocausal de la microbiología es complementado estupendamente por el enfoque holista y multifactorial de la epidemiología. De igual modo, el conocimiento aportado desde estas perspectivas debería servir para enriquecer al obtenido a través de los ECA y de otros estudios clínicos que constituyen la herramienta central de la MBE. Además, cuando estos estudios ofrezcan resultados que no se correspondan con lo esperable desde un punto de vista mecanicista, esto puede servir para mostrar puntos oscuros o carencias en nuestro conocimiento biomédico.

En suma, los diferentes estados por los que pueden pasar nuestros cuerpos amenazando nuestra salud pueden tener orígenes y desarrollos muy diversos. Es tarea del teórico de la medicina decidir los criterios más útiles para definir, clasificar y tratar cada una de las enfermedades. Incluso si

asumimos una postura agnóstica con respecto a la cuestión de qué es la enfermedad, esta sigue siendo relevante para distinguir los estados sanos de los patológicos. Hacer una clasificación de las enfermedades supone además hacer una distinción normativa que regula la teoría y la práctica médica. Es, por tanto, conveniente entender los modelos médicos desde una perspectiva pluralista lo más integradora posible y fundamentada en buenas razones pragmáticas.

---

[1] Puede encontrarse información sobre esta producción televisiva en: https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89rase_una_vez..._la_Vida, y en: https://www.imdb.com/title/tt0284735/.

[2] Sobre el mecanicismo en filosofía y en biología: (Craver y Darden, 2013; Glennan, 2017; Machamer, Darden y Craver, 2000; Cáceres y Saborido, 2018).

[3] En un trabajo reciente de Mauro Nervi: (Nervi, 2010) se propone un análisis naturalista que considera a los mecanismos patológicos no como mecanismos fisiológicos anómalos, sino como un tipo independiente de mecanismo biológico en el que es posible establecer características y relaciones causales propias. En el terreno más difícil para un abordaje naturalista, el de las taxonomías psiquiátricas, Elisabetta Sirgiovanni: (Sirgiovanni, 2009) ha propuesto un enfoque de la enfermedad basado en explicaciones mecanicistas multinivel.

[4] Para los orígenes y el desarrollo de la teoría microbiana de la enfermedad, consúltese: (Gaynes, 2019; Methot, 2011).

[5] Algunos importantes trabajos críticos con el reduccionismo en biología están recopilados en: (Bock y Goode, 2008).

[6] Véase: (Sigerist, 2006).

[7] Para una exhaustiva revisión de la historia de la salud pública como disciplina, véase: (Rosen, 2015).

[8] Sobre las aportaciones de Robert Koch a la medicina: (Cunningham, 1998; Gradmann, 2009).

[9] Sobre la relevancia de los postulados de Koch y las revisiones por las que ha pasado, véase: (Evans, 1976; Gillies, 2016).

[10] (McKeown 1989, 1994).

[11] Sobre la Medicina Basada en la Evidencia y sus implicaciones filosóficas: (Goldenberg, 2006; Howick, 2011; Sackett *et al.*,1996; Worrall, 2002).

[12] (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).

[13] Sobre los ensayos clínicos aleatorizados: (Brody, 2016; González-Moreno, Saborido y Teira, 2015; Jüni, Altman y Egger, 2001; Pocock, 2013; Teira, 2011).

[14] Sobre los diferentes tipos de evidencia de la MBE: (Goldenberg, 2006; Worrall, 2002). En la literatura médica pueden encontrarse también varias revisiones a esta pirámide de la evidencia, como por ejemplo: (Murad *et al.*, 2016; Rosner, 2012).

[15] Véase, por ejemplo: (Antman *et al.*, 1992).

[16] Véase: (Fisher *et al.*, 2002; Veronesi *et al.*, 1981).

[17] Para una revisión sistemática de los ECA sobre el «síndrome de muerte súbita» y un análisis del cambio en las recomendaciones dadas por la comunidad médica, véase: (Gilbert *et al.*, 2005).

[18] Sobre esta cuestión: (Solomon, 2011).

[19] Este enfoque pluralista integrador ha sido propuesto y desarrollado en la reciente filosofía de la ciencia por la filósofa norteamericana Sandra Mitchell: (Mitchell, 2002, 2003).

CAPÍTULO VI

¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS ENFERMEDADES? CRITERIOS Y CONTROVERSIAS

1. ENFERMEDADES Y CLASES NATURALES

Al comienzo de *Ana Karénina*, en la que es probablemente una de las sentencias más geniales de la literatura universal, León Tolstói señaló que «todas las familias felices se parecen unas a otras, pero cada familia infeliz tiene un motivo especial para sentirse desgraciada»[1]. Algo similar ocurre con las enfermedades. Todos los individuos sanos —entendamos lo que entendamos por salud— comparten algunas características comunes que son precisamente las que permiten calificarlos como tales, mientras que los sujetos enfermos lo son cada uno a su manera.

Todos los individuos sanos lo son porque se corresponden con un ideal de salud, pero hay infinidad de formas de estar enfermo y estas divergen de manera abismal entre ellas porque no hay algo así como un «ideal de enfermedad». ¿Qué tienen en común una persona con hipertensión, un esquizofrénico, alguien aquejado de caries y un enfermo de rubeola? Todos estos estados son comprendidos comúnmente como enfermedades, pero parecen diferir mucho entre sí. Tal y como veremos, esta diversidad de tipos distintos de enfermedad tiene como consecuencia que no es posible utilizar un único criterio para el diagnóstico de todas las patologías. En este capítulo abordaremos, teniendo en cuenta esta diversidad en la naturaleza de los fenómenos que llamamos «enfermedades», la intrincada cuestión de la clasificación médica.

Ya se ha insistido varias veces en este libro en que la medicina es una práctica social institucionalizada en la que se integran el conocimiento biológico y el práctico. Los profesionales de la medicina trabajan de formas

muy diferentes en el seno de instituciones con características muy diversas como hospitales, residencias, organismos políticos y administrativos, ONGs, etc., pero todos ellos comparten el mismo objetivo: combatir las enfermedades y promocionar la salud. Sin embargo, ya hemos visto también en este libro que las definiciones de salud y enfermedad son filosóficamente controvertidas. Si nos ponemos rigurosos —o, dicho de otro modo, si pensamos como filósofos de la medicina— no hay una única forma de entender la salud y la enfermedad. Y, a pesar de ello, la medicina es una de las prácticas sociales institucionalizadas más exitosas de las desempeñadas jamás por el ser humano.

Esto se ha logrado en gran medida porque los expertos médicos son capaces de ponerse de acuerdo sobre qué condiciones físicas constituyen una enfermedad. Aquellos que ejercen la medicina tiene un vocabulario común para referirse a las patologías. «Gripe», «apendicitis», «depresión», «anemia» o «astigmatismo» son ejemplos de términos que tienen como referencia a enfermedades tratadas por los médicos. Adscribir uno de estos términos a un estado concreto supone categorizar este estado como una condición patológica diferenciada. Aún sin tener unas definiciones definitivas de lo sano y lo enfermo, los médicos son capaces de compartir una comprensión común de las particularidades de las enfermedades concretas. Es decir, la medicina, además de distinguir entre estados sanos y enfermos, establece distinciones también entre diferentes estados enfermos. La medicina *clasifica* las enfermedades.

En filosofía, la cuestión de la clasificación es un problema central[2]. Los seres humanos continuamente estamos distinguiendo las cosas en clases: distinguimos los animales por especies, los trabajadores por profesiones, las obras literarias por géneros y los quesos por procedencia. Tenemos multitud de criterios distintos para clasificar los elementos del mundo. Podemos hacer, además, clasificaciones ulteriores a partir de clasificaciones previas. Por ejemplo, los campeonatos de fútbol pueden dividirse en divisiones, las divisiones en equipos y los equipos en jugadores individuales. Los seres humanos nos comportamos frecuentemente como clasificadores muy hábiles y nuestras clasificaciones y subclasificaciones nos sirven de forma muy eficiente para comprender el mundo y manejarnos en él.

No hay duda de la utilidad —y, muy probablemente, de la indispensabilidad— de clasificar, pero los filósofos han puesto en cuestión la validez de los criterios que se utilizan para hacer estas clasificaciones. Muchas veces distinguimos elementos atendiendo a criterios distintos y los elementos del mundo pueden formar parte de diferentes categorías de forma simultánea. Por ejemplo, el perro puede ser categorizado al mismo tiempo como *mamífero* y como *mascota*. No parece problemático asumir que, en este caso, el perro puede formar parte de dos categorías distintas porque estas categorías atienden a criterios clasificatorios distintos: el biológico y el social. Esto parece más conflictivo en otros casos como, por poner un ejemplo, en las categorizaciones que se han hecho del perro como *mascota* y como *alimento* (para personas, se entiende). En este caso, parece más difícil sostener que una persona puede entender que un perro puede ser clasificado como ambas cosas a la vez (no solemos comernos a nuestras mascotas). Parece más bien que el criterio que se ha utilizado aquí —supongamos, «el papel que cumple el perro en mi sociedad»— ha hecho que se categorice al perro de dos formas diferentes e incompatibles porque este criterio responde a los intereses y valores de quien hace la clasificación. Lo que hace que el perro sea una mascota o un alimento no es tanto las propiedades del perro sino las del observador que lo categoriza como una cosa u otra.

¿Hay algunas clasificaciones que no dependan de las propiedades subjetivas de los clasificadores sino de las características objetivas de lo clasificado? A primera vista, parecería que este es el caso de las clasificaciones científicas. La categorización del perro como mascota o como alimento depende de nuestros criterios culturales, pero definir al perro como un mamífero parece ser independiente de esto. Un perro es un mamífero en cualquier parte del mundo y en cualquier momento, y lo mismo ocurre con el resto de las categorías científicas: las fuerzas físicas, los elementos químicos o los procesos biológicos son categorizados atendiendo a propiedades distintivas de su naturaleza.

Lo que un científico hace cuando clasifica es buscar propiedades que compartan los diferentes elementos y que sean definitorias de estos. A estas propiedades se las denomina «esencias». Las clasificaciones científicas las

hacen los humanos, pero son objetivas, pues en último término remiten a una propiedad esencial que presentan todos los elementos que forman parte de una categoría en una clasificación y de la que carecen los elementos que no forman parte. Los grupos en los que se divide una clasificación de este tipo se suelen denominar *clases naturales* y se contraponen a las clases convencionales, que estarían basadas en criterios subjetivos. Al contrario de «animal de compañía» o «manjar gastronómico», la clase «mamífero» es natural.

La reflexión filosófica acerca de las clases naturales ha dado lugar a una ingente literatura especializada que lamentablemente no podemos abordar aquí[3]. Lo que no podemos dejar de decir es que la misma noción de clase natural como categoría objetiva ha sido reiteradamente discutida y que el marco esencialista («los elementos están en una misma categoría porque comparten una misma propiedad esencial») ha sido acusado de ser una interpretación muy ingenua de la forma en la que realmente se establece cualquier categoría científica.

Lo que analizaremos en este capítulo es cómo se establecen las clasificaciones de las enfermedades por parte de la medicina actual. Tal y como veremos, el enfoque naturalista y reduccionista predominante asume que las enfermedades pueden ser categorizadas atendiendo a criterios objetivos y científicos. En otras palabras, las enfermedades serían clases naturales en el sentido que se acaba de explicar[4]. De ser esto así, se estaría asumiendo que hay criterios científicos para encontrar la esencia de las enfermedades que se pueden aplicar a todas las condiciones patológicas para distinguirlas. Sería, por tanto, posible para la medicina lograr una especie de «tabla periódica de los elementos», como la de la química, o una «taxonomía», como hace la biología, que ordene claramente, estableciendo agrupaciones bien diferenciadas, cuáles son las enfermedades que existen y en qué consisten. Sin embargo, parece que la medicina actual establece sus clasificaciones de una forma muy distinta y mucho más compleja.

2. ¿CÓMO SE CLASIFICAN LAS ENFERMEDADES? LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

Una vez más (y pido disculpas por ser tan insistente con esto): la medicina es una práctica social institucionalizada. La institución más importante en relación con la clasificación de las enfermedades es la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS tiene entre sus objetivos el facilitar la cooperación entre los diferentes organismos médicos de todo el mundo. Con este objetivo, una de sus principales tareas consiste en la elaboración y difusión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), un documento en el que aparecen todas las condiciones tratables reconocidas por la medicina y clasificadas por tipos. En junio de 2018 se presentó la undécima versión, llamada CIE-11, que incorpora los últimos avances médicos junto con algunos cambios significativos (por ejemplo, se ha incorporado una nueva sección sobre medicinas tradicionales y otra sobre salud sexual). Se prevé que esta nueva edición del CIE sea usada por los organismos sanitarios de más de 100 países y que sea una herramienta clave para la toma de decisiones en políticas públicas de salud, así como en iniciativas privadas (el CIE es ya utilizado por varias compañías aseguradoras)[5].

La clave del CIE está en que codifica alfanuméricamente (es decir, utilizando códigos con letras y números) cada una de las condiciones relacionadas con las enfermedades. Codificar las enfermedades sirve para evitar posibles confusiones terminológicas. El CIE pretende así ser una especie de «idioma universal» que dé cuenta de toda la fenomenología de condiciones medicamente tratables y que pueda ser adoptado por médicos y organismos de todo el mundo.

¿Cómo se establece este código? Cada signo hace referencia a propiedades distintas de la condición médica a la que se refiere. Esto facilita establecer las relaciones entre ellas. Así, el código 1B1Z se corresponde con la tuberculosis respiratoria, el NA00 con una lesión leve en el cráneo y el 1D86 con la infección por el virus del Ébola. Las enfermedades que pertenecen a la misma «familia» comparten parte del código, y es posible también establecer «subfamilias». Por ejemplo, el código para las enfermedades infecciosas y parasitarias empieza por un 1 y, dentro de este gupo, todos los tipos de hepatitis viral comienzan por 1E5.

Esta codificación permite dar cuenta de patologías concretas con gran detalle (6D80.3 sería «demencia debida a la enfermedad de Alzheimer de tipo mixto y acompañada de enfermedad cardiovascular»), e incluso de condiciones bastante sorprendentes (mi favorita es «víctima de erupción volcánica», código 23PJ04). En total, hay cerca de 55.000 códigos que se corresponden con muy distintos estados susceptibles de tratamiento médico. Para poder juzgar la validez científica de esta clasificación vamos a fijarnos por un momento en las agrupaciones principales que distingue el CIE-11:

01. Ciertas enfermedades infecciosas o parasitarias.
02. Neoplasias.
03. Enfermedades de la sangre u órganos hematopoyéticos.
04. Enfermedades del sistema inmunológico.
05. Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas.
06. Trastornos mentales, del comportamiento o del desarrollo neurológico.
07. Trastornos del sueño y la vigilia.
08. Enfermedades del sistema nervioso.
09. Enfermedades del sistema visual.
10. Enfermedades del oído o proceso mastoideo.
11. Enfermedades del sistema circulatorio.
12. Enfermedades del sistema respiratorio.
13. Enfermedades del sistema digestivo.
14. Enfermedades de la piel.
15. Enfermedades del sistema musculoesquelético o del tejido conectivo.
16. Enfermedades del sistema genitourinario.
17. Condiciones relacionadas con la salud sexual.
18. Embarazo, parto o puerperio.
19. Ciertas condiciones originadas en el período perinatal.
20. Anomalías del desarrollo.
21. Síntomas, signos o resultados clínicos, no clasificados en otra parte.
22. Lesión, envenenamiento u otras consecuencias de causas externas.
23. Causas externas de morbilidad o mortalidad.

24. Factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud.
25. Códigos para fines especiales.
26. Condiciones de la medicina tradicional.

Una simple lectura de estas categorías deja claro que no debe ser fácil saber en qué lugar poner ciertas enfermedades. Hay condiciones médicas que, desde luego, caen dentro de varias de estas categorías. De hecho, muy probablemente todas las condiciones médicas lo hagan. ¿Dónde colocamos a las enfermedades mentales que afectan al sueño? ¿En la 06 o en la 07? ¿Qué categoría le corresponde a una enfermedad infecciosa (01) que afecta a mi sistema genitourinario (16), ha sido contraída sexualmente (17) y además de forma intencional (22)?

Este tipo de clasificación recuerda inevitablemente a la de la enciclopedia china que imaginó Borges en su célebre ensayo *El idioma analítico de John Wilkins*[6]. En esta obra se presenta una enciclopedia ficticia titulada: «Emporio celestial de conocimientos benévolos», en donde los animales son clasificados en estas categorías: *a*) pertenecientes al emperador, *b*) embalsamados, *c*) amaestrados, *d*) lechones, *e*) sirenas, *f*) fabulosos, *g*) perros sueltos, *h*) incluidos en esta clasificación, *i*) que tiemblan como locos, *j*) innumerables, *k*) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, *l*) etcétera, *m*) que acaban de romper el jarrón, *n*) que de lejos parecen moscas. Esta clasificación ha sido utilizada por teóricos tan relevantes como Foucault[7] o Lakoff[8] para plantear diferentes reflexiones acerca de los criterios de validez que debe tener un sistema científico. Sin caer en esta exageración literaria, la clasificación de las enfermedades de la OMS parece que también está utilizando criterios muy distintos para hacer una única taxonomía. Grupos como el 1, el 4 o el 22 están determinados por la causa de la enfermedad; desde el grupo 3 al 16 son enfermedades relacionadas con la localización de la patología en el organismo; otros como el 17, el 18, el 19 o el 20 aluden al contexto en el que se originan y a las implicaciones de una condición; y hay incluso categorías especiales como la 21, la 25 o la 26 para recoger las condiciones que no parecen encajar en otras.

En la práctica médica, el CIE se utiliza como una convención profesional adoptada por varios organismos por razones puramente prácticas. Resulta muy útil unificar la forma de referirnos a las enfermedades, pero lo que hace el CIE es más que esto: el CIE atribuye un código para cada condición que considera medicamente relevante y agrupa de esta manera diferentes estados dentro de categorías concretas. Los criterios que sigue el CIE para llevar a cabo esta categorización de las enfermedades son, en gran parte, arbitrarios. A pesar de lo que podría parecer en un primer momento, los códigos de este idioma universal que propone el CIE pueden ser descriptivos, pero no se corresponden con nada que pudiéramos llamar «clases naturales». Y esto mismo ocurre con otras clasificaciones médicas que se han propuesto, como se puede ver muy claramente con las dedicadas exclusivamente a las enfermedades psiquiátricas, como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, del que hablaremos más extensamente en el capítulo VII.

3. TRES CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN MÉDICA

En términos generales, en medicina existen tres criterios principales para clasificar las enfermedades: el clínico, el etiológico y el mecanístico. Así, muchas enfermedades han sido definidas según el *criterio clínico*, es decir, atendiendo a su manifestación externa. Los síntomas que presentan los pacientes son una pista muy recurrida para distinguir unas patologías de otras.

Esta era, de hecho, la forma más común de clasificar las enfermedades antes de la revolución científica de la medicina de finales del siglo XVIII. Es significativo que los nombres de algunas patologías se formulasen haciendo referencia directa a este criterio clínico, como la tisis (forma alternativa de llamar a la tuberculosis y que significa «consunción»), tifus («confusión», «estupor») o viruela («aspecto moteado»). A partir de la observación de los efectos de las enfermedades, los médicos les daban una categoría específica, de forma similar a como los taxonomistas clasificaban a los

seres vivos. No es casual que el gran padre de la taxonomía biológica, Linneo, compusiera una taxonomía de las enfermedades, el *Genera morborum*, en donde, al igual que hizo con las plantas y los animales, distinguía a las enfermedades por géneros, especies, familias, clases y reinos dependiendo de características observables[9].

Desde este punto de vista, las enfermedades son comprendidas como clases naturales, en tanto en cuanto, se categorizan como conjuntos de síntomas que, de alguna forma, violan el estándar de comportamiento «normal» que deben mostrar los seres vivos. Una clase natural desde el punto de vista clínico es una agrupación de un tipo definido de patologías que presentan síntomas comunes. Para clasificar los signos observados en los pacientes, los especialistas establecen en primer lugar un estándar de enfermedad, una especie de ideal platónico, que constituye el modelo de enfermedad. Los casos particulares que se ajusten a este modelo de «caso típico» serían instancias de esa enfermedad.

Por otro lado, los grandes logros de la microbiología del siglo XIX abrieron el camino a otro criterio médico para la clasificación de enfermedades: el *criterio etiológico*. De acuerdo a este criterio, lo que caracteriza a una enfermedad es el agente causal que la ha provocado.

Muchas enfermedades, especialmente las de carácter infeccioso, dejaron de identificarse por criterios clínicos para empezar a hacerlo por criterios etiológicos. Por ejemplo, el nombre de «tuberculosis» se debe a que se denominan «tubérculos» a los tumores que presentan en los pulmones los pacientes afectados. Sin embargo, a partir del descubrimiento de Koch de que la enfermedad era causada por la *mycobacterium tuberculosis*, es la presencia de esta bacteria, y no la lesión anatómica, lo que constituye el criterio para diagnosticar la tuberculosis. Este cambio de perspectiva se ha mostrado muy valioso en este caso, pues los pacientes tuberculosos pueden presentar cuadros clínicos muy diferentes —algunos idénticos a los de otras enfermedades— y un criterio anatómico o fisiológico no garantizaría un diagnóstico correcto en muchas ocasiones.

También se utiliza el criterio etiológico de forma muy frecuente en medicina preventiva y en salud pública. En estos ámbitos se habla de patologías concretas como el tabaquismo o el alcoholismo que son

categorizadas como enfermedades por criterios etiológicos (el tabaco o el alcohol son vistos como causas patológicas). Y este criterio etiológico se deja ver claramente en la denominación de otras condiciones como el codo de tenista, el trastorno de estrés postraumático o la neumoconiosis de los mineros del carbón.

Clasificar las enfermedades por su origen causal (su etiología) supone también, al igual que hacía el criterio clínico, establecer una distinción basada en la idea de clase natural. Las enfermedades que pertenecen a la misma categoría etiológica tienen propiedades naturales características que se reflejan en el hecho de que tienen una causa común. La microbiología y las ramas de la medicina basadas en una concepción monocausal de la enfermedad son especialmente proclives a adoptar un criterio etiológico. Aunque una misma causa pueda desencadenar efectos médicos muy diferentes, para un enfoque reduccionista como el que hemos abordado en el capítulo V, este criterio funciona como una herramienta fundamental tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades.

Aunque tanto el enfoque clínico como el etiológico han tenido y tienen una importancia indiscutible, la gran mayoría de las enfermedades son clasificadas en la actualidad siguiendo un *criterio patogénico o mecanístico*. Este enfoque se sustenta en una perspectiva biomecánica y agrupa las enfermedades por el tipo de fallo biomédico que suponen. Cada enfermedad se corresponde con un mecanismo patológico concreto.

Cuando, a comienzos del siglo XIX, los médicos empezaron a hacer autopsias de forma rutinaria —con el consecuente progreso del conocimiento biomecánico— se empezaron también a identificar las enfermedades con lesiones anatómicas específicas[10]. La naciente anatomía patológica supuso un impulso enorme para la medicina. Patologías como el infarto de miocardio o la úlcera gástrica hacen referencia directa al órgano lesionado y muchos nombres de enfermedades son directamente descripciones anatómicas: todos los acabados en -itis, como «apendicitis», refieren a órganos inflamados; los acabados en -osis, como «artrosis», a degeneraciones orgánicas; y los acabados en -oma, como «melanoma», a crecimientos celulares descontrolados.

Con el posterior desarrollo de la fisiología, la categorización de algunas enfermedades se fundó ya no tanto en las características estructurales de los órganos como en los procesos que estos llevan a cabo[11]. Por ejemplo, ese es el caso del hipertiroidismo (hiperfunción de la tiroides) o de la hipertensión o hipotensión arterial. En esta línea, en los últimos tiempos hay también un interés creciente en analizar las enfermedades desde un punto de vista inmunológico, es decir, sobre cómo afectan al sistema inmune del organismo.

El presupuesto que subyace a este criterio mecanístico es que lo relevante en medicina es poder intervenir en los procesos patológicos y restituir la salud a los pacientes. Una clasificación basada en la observación clínica de los síntomas de los pacientes o en la identificación del agente causal etiológico puede estar dejando de lado el sentido principal de la medicina. Así, clasificar a un paciente concreto como enfermo de hipertensión significa que este debe ser tratado con fármacos antihipertensivos o que, si se considera que alguien está aquejado de déficit en la hormona de crecimiento, entonces su tratamiento consistirá en administrarle dosis sintéticas de esta hormona.

A medida que avanza el conocimiento biomédico, las enfermedades tienden a ser categorizadas principalmente en términos mecanísticos en lugar de hacerlo siguiendo criterios clínicos o etiológicos. Un llamativo y muy reciente ejemplo de esto es el caso de la endometriosis. La endometriosis surge cuando células de tejido endometrial, el que reviste las paredes del útero, aparecen fuera del útero, principalmente en los ovarios, la vejiga urinaria, los ligamentos uterinos o el intestino, aunque también se han descrito casos en los pulmones o incluso en el cerebro. La endometriosis va acompañada frecuentemente de síntomas como infertilidad y un intensísimo dolor y es responsable de gran parte del absentismo escolar y laboral (se ha calculado que, en los Estados Unidos, la endometriosis reduce la productividad laboral de las afectadas en casi 11 horas a la semana). Afecta a entre un 10 % y un 15 % de las mujeres en edad fértil y, aun a pesar de la gravedad de sus efectos y de su extendida presencia en la población, esta enfermedad ha sido tradicionalmente muy poco estudiada por la medicina[12].

Hasta muy recientemente, la endometriosis era vista o bien como una especie de menstruación dolorosa que no merecía mucha atención médica —los críticos dicen que porque afectaba solamente a las mujeres— o era descrita con términos médicos de lo más variopinto y dependiendo únicamente de los cuadros clínicos que presentaban las pacientes, muchas veces muy diferentes entre ellos: hematocele catamenial, tumores de sangre, quistes sanguíneos rectos uterinos, retención menstrual, cistosarcomas e, incluso, histeria.

No es hasta 1927 que el ginecólogo John Sampson no introduce el término «endometriosis» clasificando por primera vez esta enfermedad. De hecho, su etiología es un misterio, aunque se ha observado una cierta predisposición genética a la enfermedad y se ha propuesto que ciertas toxinas ambientales pueden influir. El mecanismo de la endometriosis también es desconocido. Aunque Sampson propuso la teoría de la menstruación retrógrada, esta es puesta en cuestión por los teóricos actuales y sigue sin saberse bien cómo y por qué se escapan las células del útero para arraigar en otras partes del cuerpo[13]. Numerosos investigadores, activistas de la salud y asociaciones de pacientes reclaman que se dediquen más medios y esfuerzos a analizar la patogenia de la endometriosis.

Cabe señalar que hay factores no médicos que tienen relevancia para entender enfermedades como la endometriosis. Uno de los más relevantes es que se trata de una enfermedad que afecta solamente a mujeres, lo que implica que hay factores sociales y culturales en juego que seguramente están influyendo con respecto a los recursos que se dedica a investigar este tipo de patología[14]. En la actualidad, su tratamiento se limita principalmente a paliar el dolor mediante analgésicos, tratamientos hormonales, cambios nutricionales y, en último término, extirpación quirúrgica.

Los críticos sostienen que invertir más recursos en investigación para lograr una mejor comprensión de los mecanismos de la endometriosis llevaría a mejores tratamientos médicos que mejorarían la vida de los aproximadamente 176 millones de mujeres en el mundo que la padecen. En efecto, los últimos avances a este respecto están empezando a dar prometedores resultados, en particular en el ámbito de la terapia génica.

Parece que cuanto más sabemos de los mecanismos que conducen a la endometriosis, mejor podemos diagnosticarla y tratarla, tal y como sostienen los defensores del criterio mecanístico.

En conclusión, en estos casos de enfermedades categorizadas por sus propiedades anatómicas o fisiológicas (es decir, por sus características mecanísticas) lo que encontramos es un criterio que entiende igualmente las enfermedades como clases naturales, en donde la esencia de las enfermedades sería su mecanismo biológico. Aquellas condiciones que tienen el mismo mecanismo patogénico pertenecen a la misma categoría, independientemente de cuál sea su sintomatología (criterio clínico) o su causa (criterio etiológico). No tendría sentido, por ejemplo, hablar de hipertensión si no hubiera una concepción previa sobre cuál es la tensión arterial normal. En muchas ocasiones, el caso típico no se ajusta a lo que los médicos observan en los pacientes, pero funciona como una guía (una «idea» en términos platónicos) para su diagnóstico.

4. LA CLASIFICACIÓN MÉDICA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA

Como hemos visto, los tres criterios distinguen las enfermedades en términos de clases naturales, aunque estas se basen en propiedades —o esencias— distintas. No obstante, sería erróneo plantear la discusión entre criterios en términos competitivos o como alternativas incompatibles. La mayoría de las clasificaciones médicas se basan en un pluralismo integrador en el que se consideran tanto aspectos clínicos, como etiológicos y mecanísticos.

Observando el CIE, podemos concluir que los expertos que lo han elaborado han utilizado, de forma simultánea, distintos criterios para establecer sus categorías principales a fin de integrar todo el conocimiento médico disponible. Este enfoque tan abarcador para la clasificación de enfermedades es algo muy generalizado en la medicina actual. Aun cuando el pluralismo puede dar lugar a confusiones o solapamientos entre las categorías, no debe olvidarse que las clasificaciones médicas son, sobre

todo, herramientas metodológicas. Lo realmente importante de una clasificación médica es que sea útil para la medicina y, por ello, es probable que la mejor aproximación a la cuestión de cómo categorizar las enfermedades sea abandonar la asunción de que son clases naturales esencialistas. Esto nos permitiría analizar mejor la teoría médica disponible, especialmente cuando nos enfrentamos a casos controvertidos.

Esto sirve para remarcar que la categorización de ciertos estados como enfermedades debe basarse principalmente en consideraciones pragmáticas. El pragmatismo es un movimiento filosófico originado a finales del siglo XIX en los Estados Unidos, principalmente a partir de las contribuciones de los filósofos C. S. Pierce, William James y John Dewey. Las posiciones de estos autores, así como las de muchos filósofos posteriores influenciados por ellos, difieren mucho entre sí, pero, en términos generales, podemos decir que todos ellos compartían la idea de que el mundo y nuestra concepción del mismo es inseparable de nuestra agencia. Es decir, el pragmatismo defiende que los conceptos con los que interpretamos la realidad e intervenimos en ella dependen de nuestra interacción con esta realidad. Así, nociones como verdad, bien o belleza dejan de ser vistas como propiedades objetivas de los conceptos, y se entiende que nuestra forma de comprender el mundo solo puede ser juzgada en relación a sus consecuencias. Decidir si un término, una teoría o una clasificación son válidas dependerá de su valor práctico con respecto a las metas epistémicas de aquellos que los utilizan[15].

Esto permite al pragmatismo explicar los cambios que los conceptos científicos experimentan a lo largo de su historia. Los términos y marcos teóricos pueden cambiar con el tiempo y, de hecho, lo hacen muy frecuentemente. El pragmatismo explica este cambio conceptual apelando al papel que los conceptos juegan con respecto a nuestras prácticas científicas en cada momento concreto. Los cambios en la ciencia justifican que los conceptos y teorías se maticen o transformen. Además, como es el caso de la medicina, en una misma disciplina científica pueden darse prácticas muy diferentes, lo que también puede conllevar que convivan diferentes conceptualizaciones de un mismo término técnico. El término «enfermedad» es un notable ejemplo de esto.

Los tres criterios que utilizan los médicos para hacer sus clasificaciones remarcan aspectos distintos de las patologías. En algunos casos, uno de estos aspectos se muestra más pertinente que otro para la medicalización de un estado.

Aunque la mayoría de las enfermedades se clasifican actualmente siguiendo el criterio mecanístico, el criterio etiológico resulta muy útil para tratar las enfermedades infecciosas, pues la cura de estas enfermedades pasa por acabar con el agente infeccioso, mientras que para las enfermedades mentales puede ser más útil un criterio clínico, pues no siempre se conoce muy bien ni su causa ni el mecanismo biológico implicado. En otros casos, una enfermedad puede ser clasificada atendiendo a varios criterios al mismo tiempo. Por ejemplo, el SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, hace referencia tanto a un criterio mecanístico («síndrome de inmunodeficiencia») como etiológico («adquirida»).

Visto así, es posible decir que en la medicina contemporánea conviven diferentes conceptualizaciones distintas del concepto de enfermedad. Las diferentes enfermedades pueden conceptualizarse atendiendo a su manifestación clínica, a su origen causal, a su mecanismo subyacente o a una combinación de estos tres aspectos. En cualquier caso, lo importante es que la clasificación sea lo más útil posible para los médicos facilitando los diagnósticos y una mejor comprensión de las enfermedades. Las diferentes concepciones pueden coexistir dentro del mismo marco teórico de la medicina. Es en este sentido en el que podemos decir que se da un pluralismo integrador en medicina.

Este pluralismo integrador debe ir unido siempre a una revisión continua de las clasificaciones. En ocasiones, una enfermedad que ha sido clasificada siguiendo un criterio puede ser mejor abordada desde otro distinto. Este es el caso de la tuberculosis del que tanto hemos hablado ya. Hasta el descubrimiento por parte de Koch de que el bacilo *mycobacterium tuberculosis* era el causante de esta enfermedad, a los afectados por tuberculosis (también conocida en períodos históricos como «mal del rey», «peste blanca» o, directamente, «tisis») se los diagnosticaba por el cuadro clínico que presentaban. Concretamente por los pequeños tumores duros que se veían en los pacientes fallecidos al hacerles la autopsia y a los que se

denominó tubérculos. Una vez que empieza a utilizarse el criterio etiológico, es la presencia del bacilo lo que define a un tuberculoso como tal, lo que llevó, entre otras cosas, a considerar como tuberculosis a condiciones provocadas por este bacilo, pero con cuadros clínicos poco frecuentes (tabes mesentérica, escrófula, mal de Pott).

Con el descubrimiento por Koch de la *mycobacterium tuberculosis* el significado mismo del concepto *tuberculosis* cambió, lo que supuso reconceptualizar la tuberculosis y, consecuentemente, cambiar la misma referencia del término. Y la razón para este cambio se explica muy bien en términos *pragmatistas:* dado el cambio en el conocimiento científico que supuso el descubrimiento de Koch, resultaba más útil para la medicina empezar a utilizar un criterio etiológico. De hecho, esto fue clave para la investigación ulterior y para que se llegase a curar la tuberculosis.

5. CONCLUSIONES

La clasificación de las enfermedades es un instrumento imprescindible de la medicina, pero no por ello es una cuestión ajena a la controversia.

Como hemos visto en este capítulo, las clasificaciones médicas —ejemplificadas en la propuesta por la OMS— presentan un pluralismo de criterios a la hora de abordar qué constituye una enfermedad concreta. En clasificaciones como el CIE conviven un criterio clínico, uno etiológico y otro mecanístico. Los médicos se acogen a uno o varios de estos criterios para categorizar las enfermedades y no siempre resulta fácil que una clasificación médica pluralista de este tipo se muestre coherente. En ocasiones las enfermedades parecen solaparse y en otras nos encontramos con condiciones muy diferentes para la individualización de las patologías.

En cualquier caso, la asunción debajo de este pluralismo integrador es que las clasificaciones de las enfermedades deben ser, ante todo, útiles para la práctica médica. No hay una forma única de clasificar y debe decidirse en cada caso qué es lo que debe ser subrayado para facilitar la labor del médico: los síntomas, la causa o el mecanismo subyacente.

En medicina es conveniente asumir este «pluralismo integrador pragmatista» porque no debemos olvidar que las enfermedades no son entidades en sí mismas. Las enfermedades no son clases naturales en el sentido clásico de agrupaciones objetivas de entidades del mundo en virtud de una esencia común que cada individuo de una clase comparte. Los conceptos que aluden a enfermedades son herramientas teóricas que permiten entender fenómenos que no ocurren de forma aislada, sino que tienen su manifestación en personas concretas. Como dice la célebre sentencia atribuida a Rousseau, «no existen enfermedades, sino enfermos».

Un acercamiento filosófico a la cuestión de la clasificación médica debe, en consecuencia, evitar caer en el error de *reificar* las enfermedades, esto es, de interpretarlas como entidades reales con existencia autónoma. Esto es algo muy frecuente en el pensamiento médico y en la forma común de hablar. Una clásica definición propuesta por el médico Alvan Feinstein decía que la medicina era la disciplina encargada de enfrentarse a aquellos estados que eran «el resultado de una interacción entre una enfermedad y un huésped»[16].

Se habla del sarampión o de la gripe como entes que existen independientemente de los pacientes: se dice que las enfermedades se propagan o desparecen, cuando en realidad quienes se propagan y desaparecen son las personas enfermas. Las enfermedades no son demonios ni ideas divinas que nos atacan. Las enfermedades son estados somáticos o mentales de las personas. Por eso no hay enfermedades sin enfermos y por eso el televisivo doctor House se equivoca cuando dice que los médicos no deben tratar a los pacientes, sino a las enfermedades.

Así pues, toda clasificación médica solo puede verse como un acercamiento a la compleja realidad corporal de los sujetos que enferman. Cómo de buena o mala es una clasificación es algo que debe ser juzgado por sus consecuencias para la práctica de la medicina.

El reto de las clasificaciones de las enfermedades está en ser lo suficientemente abierta para permitir una pluralidad de criterios y, al mismo tiempo, ser lo más unificadora posible para ayudar a los médicos a formar una teoría y un lenguaje científico común a la hora de diagnosticar y de comunicar con otros sus conocimientos.

Quizá no sea posible en medicina lograr nunca una clasificación tan estable como la de la tabla periódica de los elementos químicos, pero debe, en la medida de lo posible, guiarse por criterios que demuestren su utilidad para que las clasificaciones médicas no se parezcan a la de la enciclopedia china del relato de Borges. Cuál es el criterio que en cada momento resulta más útil es algo que debe dirimirse caso por caso y es, nuevamente, una tarea que depende en gran medida de la frónesis de los profesionales de la medicina. En este asunto, como en tantos otros de la filosofía de la medicina, no hay una respuesta clara casi nunca. Probablemente, nos resulte tan difícil decidir cómo deben clasificarse las enfermedades porque no sabemos claramente qué es la enfermedad o, por decirlo volviendo al mismo relato de Borges: «no hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos qué cosa es el universo»[17].

---

[1] (Tolstói, 2017).

[2] Algunas referencias contemporáneas sobre la clasificación son: (Dupre, 1995; Goodman, 1978; Hacking, Hacking y Hacking, 1983; Sokal, 1974).

[3] La literatura filosófica sobre la noción de «clase natural» es prácticamente inabarcable. He aquí unas pocas referencias actuales: (Ereshefsky y Reydon, 2015; Hacking, 1991, 2007; Kendig, 2016; Khalidi, 2013).

[4] Hay algunas propuestas que pretenden definir las enfermedades en términos de clases naturales, lo que ha generado un fructífero debate. Sobre esto, véase: (D'Amico, 1995; Reznek, 1995; Samuels, 2009; Sulmasy, 2005).

[5] El CIE-11 es accesible online en varios idiomas, incluido el español, en la página web de la Organización Mundial de la Salud: https://icd.who.int/es/.

[6] (Borges, 2017).

[7] (Foucault, 2010).

[8] (Lakoff, 1990).

[9] (Linnae, 2010).

[10] Sobre la relevancia histórica de las autopsias, véase: (Espert, 2005; L. S. King y Meehan, 1973).

[11] Hay pormenorizados estudios sobre los orígenes de la fisiología científica y del trabajo de pioneros como Claude Bernard y William Harvey, como: (Caponi, 2018; Cohen, 1994; Noble, 2008).

[12] Sobre la endometriosis, puede consultarse esta página web del gobierno estadounidense: https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/endometriosis.

[13] Sobre Sampson y el origen de la endometriosis, véase: (Dastur y Tank, 2010).

[14] Véase: (Angell, 2010; As-Sanie *et al.*, 2019; Krieger *et al.*, 1993).

[15] Para una introducción al pragmatismo como corriente filosófica: (M. Bacon, 2012; Sini, 1999). Hay también algunas selecciones de textos de los padres del pragmatismo, como: (Peirce *et al.*, 1982).

[16] (Feinstein, 1967).

[17] (Borges, 2017).

CAPÍTULO VII

MÁS ALLÁ DE LA PATOLOGÍA FISIOLÓGICA: LA ENFERMEDAD MENTAL

1. LA PSIQUIATRÍA. ¿MEDICINA AL SERVICIO DEL CONTROL SOCIAL?

Probablemente, las patologías más controvertidas sean las enfermedades mentales. Es en el campo de la salud mental en el que nos encontramos quizá con las mayores discrepancias acerca de qué es lo que se debe considerar patológico. De hecho, la psiquiatría se ha mostrado como un territorio tan fértil para la reflexión filosófica que la filosofía de la psiquiatría se ha revelado como probablemente la subdisciplina de la filosofía de la medicina más importante[1].

Hay al menos una razón muy clara para esta preocupación filosófica por la psiquiatría. Tal y como hemos visto, en medicina hay una cierta tendencia reduccionista que intenta identificar la enfermedad con fallos en el funcionamiento biológico asumiendo que una patología se corresponde con un «mal comportamiento biológico». Este enfoque se enfrenta a ciertas dificultades, tanto teóricas como prácticas, como ya se ha explicado en el capítulo V, pues no siempre hay una correspondencia clara entre un fallo orgánico determinado y una sintomatología concreta y, además, hay quien reclama que la enfermedad es algo más que un fenómeno somático. Pues bien, esto es indiscutiblemente notorio en el caso de las enfermedades que van más allá de lo somático, esto es, de las condiciones de las que hablan precisamente disciplinas como la psicología o la psiquiatría.

Cuando nos enfrentamos a las enfermedades mentales, descubrimos que el criterio etiológico y el criterio mecanístico no resultan muy aplicables. Por un lado, no distinguimos las patologías mentales por sus causas: dos pacientes con el mismo trastorno pueden haberlo desarrollado por razones

muy diferentes y un mismo evento puede desencadenar problemas psicológicos distintos. Por otro lado, no es la identificación de un fallo concreto en un mecanismo biológico lo que lleva a los psiquiatras y psicólogos a identificar una patología, sino su sintomatología. Aun cuando asumamos un enfoque materialista y monista según el cual la mente no es sino la función del cerebro, muy frecuentemente no tenemos ninguna pista sobre qué puede estar funcionando mal en el cerebro para causar una determinada enfermedad mental.

Los médicos no categorizan las enfermedades mentales por sus causas ni por sus mecanismos subyacentes, sino por los síntomas que pueden percibir. Dicho de otro modo, el criterio que prima en este ámbito es el clínico, en contraste con la creciente predominancia de los criterios etiológicos y mecanísticos de la medicina somática.

Así, las enfermedades mentales son principalmente manifestaciones de síntomas que conllevan conductas y comportamientos «enfermizos»: la depresión, la esquizofrenia, la anorexia o el trastorno bipolar son ejemplos de categorías médicas que hacen referencia a síntomas. Los individuos que muestran ciertos comportamientos son etiquetados por los médicos de una u otra forma, muchas veces con independencia de cualquier consideración acerca de la etiología o la patogenia de este comportamiento.

Esto ha llevado a muchos críticos a defender que en realidad la psiquiatría es una forma de control social destinada a reprimir las formas de vivir que son consideradas como erróneas o incluso delictivas por la sociedad. Esta es una visión que ha cuajado en importantes corrientes filosóficas y culturales desde mediados del siglo XX (pensemos, por ejemplo, en Michel Foucault[2] y Erving Goffman[3]) y tiene cada vez más arraigo popular.

Significativamente, la psiquiatría tiene el dudoso honor de contar con todo un movimiento de crítica radical: la antipsiquiatría, desarrollada por psiquiatras de espíritu rebelde como David Cooper, Thomas Szasz, Franco Basaglia y Ronald D. Laing[4]. Los autores adscritos a la antipsiquiatría y a otras corrientes similares acusan a la medicina actual de haber «inventado» las enfermedades mentales solamente para poder aislar, estigmatizar y neutralizar a los diferentes, es decir, a aquellos que no encajan en los

esquemas de convivencia socialmente aceptados. Thomas Szasz, probablemente el antipsiquiatra más reconocido, lo expresaba muy vehementemente:

> La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su tratamiento. En realidad se ocupan de los problemas personales, sociales y éticos de la existencia[5].

Esta denuncia de la psiquiatría como herramienta para el control social puede sonar un tanto exagerada (¿la esquizofrenia, con sus alucinaciones y delirios, es un mito?) pero lo cierto es que se ve muy reforzada por los abusos cometidos por los propios psiquiatras a lo largo de la historia de su disciplina. Desde las trepanaciones realizadas en la Antigüedad para liberar los espíritus malignos del interior del cráneo[6] hasta las terapias que hoy en día prometen curar la homosexualidad[7], pasando por la generalización en Estados Unidos y Europa en el siglo XX de la lobotomía como cura para una enorme diversidad de trastornos[8] y los tratamientos para «sanar a los enfermos ideológicos» en estados autoritarios como la URSS[9], la psiquiatría tiene muchos ejemplos para avergonzarse.

Sin embargo, y tal y como veremos también en este capítulo, hay también motivos para reivindicar la noción de enfermedad mental y las clasificaciones psiquiátricas. En este capítulo veremos que, una vez que se asume que toda clasificación médica es principalmente una herramienta metodológica, la noción de enfermedad mental, así como las diferentes nociones de enfermedades mentales que maneja la psiquiatría, se muestra muy valiosa, tanto desde un punto de vista médico como filosófico.

Pero, antes de ver cómo se puede defender la noción de enfermedad mental, empecemos por ver qué es lo que los psicólogos y psiquiatras entienden por «patológico» en el ámbito de las «dolencias del alma» y cómo clasifican las diferentes formas en las que esto puede darse.

2. ¿CÓMO SE CLASIFICA LA ENFERMEDAD MENTAL? EL DSM

Con permiso del CIE, la que es probablemente la clasificación médica más célebre es el DSM. El DSM, acrónimo de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, es una clasificación de trastornos mentales elaborada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, pero que es utilizado de modo generalizado por especialistas de todo el mundo[10]. Este manual recoge el conjunto de las patologías mentales reconocidas y establece los criterios para su diagnóstico. Desde su primera edición en 1952 ha habido ya varias revisiones diferentes. La última de ellas, el DSM-5, fue publicada en 2013 y, al igual que hacía el CIE, propone una taxonomía de las enfermedades mentales en donde encontramos categorías que se dividen en subcategorías[11]. También del mismo modo que hace el CIE, a cada trastorno se le adjudica un código dependiendo de la categoría a la que pertenezca y que permite rastrear fácilmente la «familia» de trastornos a la que pertenece cada enfermedad mental. El DSM no se adhiere a ninguna corriente o escuela psicológica, sino que pretende ser una herramienta que ayude al diagnóstico y a la comunicación entre expertos.

Lo que motiva la clasificación del DSM es facilitar el diagnóstico médico pues, en palabras de los propios autores del DSM-5:

> Los diagnósticos fiables son esenciales para guiar las recomendaciones de tratamiento, identificar las tasas de prevalencia de la planificación de los servicios de salud mental, identificar los grupos de pacientes para la investigación clínica y básica, y documentar la información importante de salud pública, como las tasas de morbilidad y mortalidad. A medida que ha ido evolucionando la comprensión de los trastornos mentales y sus tratamientos, los profesionales médicos, científicos y clínicos se han centrado en las características de trastornos específicos y sus implicaciones para el tratamiento y la investigación[12].

Así, el DSM-5 diferencia estas categorías de trastornos: los *trastornos del neurodesarrollo*, como los relativos al espectro del desorden autista o los desórdenes en la capacidad de aprendizaje; los *trastornos relacionados con el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*; el *trastorno bipolar y trastornos asociados a este*, como el desorden ciclotímico; *los trastornos depresivos*, incluyendo en esta categoría gran cantidad de estados mentales ligados al suicidio; los *trastornos de ansiedad*, que incluyen, entre otras muchas condiciones, la agorafobia y el trastorno de pánico; el *trastorno obsesivo-compulsivo*; los *trastornos relacionados*

con traumas y factores estresantes, como el síndrome de estrés postraumático o los trastornos de adaptación; los *trastornos disociativos*, como el trastorno de despersonalización o la amnesia disociativa; los *trastornos de síntomas somáticos*, en donde hay muchas condiciones ligadas al dolor crónico y en donde también se encuentra el embarazo psicológico; los *trastornos de la conducta alimentaria*, entre los cuales figuran la anorexia y la bulimia; los *trastornos de la excreción*; los *trastornos del sueño y la vigilia*; las *disfunciones sexuales*; la *disforia de género*, categoría nueva en esta versión del DSM y que vino a sustituir al trastorno de identidad de género del DSM-IV; los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*, que incluyen patologías como la piromanía o la cleptomanía; los *trastornos relacionados con sustancias adictivas*, que incluyen en esta edición el tabaco y el juego; los *trastornos neurocognitivos*, como la demencia; los *trastornos de la personalidad*; y los *trastornos parafílicos*, como el voyerismo, el exhibicionismo, el masoquismo o la pedofilia. Además de estas categorías, el DSM-5 cuenta también con una sección dedicada a otros trastornos que no encajan muy bien en ninguna de estas descripciones.

El DSM-5 se presenta por tanto, como un catálogo exhaustivo de los problemas mentales. No es, como se le ha acusado en ocasiones, un instrumento político para categorizar psiquiátricamente a las personas, sino una herramienta médica para ordenar los potenciales tipos de trastorno mental. En principio, el comportamiento de un individuo puede no encajar en ninguna de estas categorías o hacerlo en varias. El DSM tiene el objetivo explícito de servir al diagnóstico de las enfermedad, pero no se compromete *de forma realista* (véase, capítulo IV) con que sus categorías sean *clases naturales*, en el sentido que hemos explicado en el capítulo anterior.

Se podría defender que clasificaciones como el DSM asumen, al menos de forma implícita, un criterio constructivista de la enfermedad: si las enfermedades mentales no son vistas como géneros naturales, entonces parecería que deben tratarse necesariamente de géneros convencionales, es decir, de etiquetas que los psiquiatras utilizan solamente para poder entenderse entre ellos. De hecho, cada nueva versión del DSM incluye cambios significativos. Por ejemplo, en el DSM-5 se suprime la cláusula

que excluía ciertas depresiones por duelo como patológicas, se incluye la disforia de género como categoría propia, el síndrome de Asperger pasa a formar parte de la categoría de trastornos del espectro autista y aparecen nuevos trastornos, como el denominado «trastorno por atracón».

Podría pensarse que el hecho de que la clasificación más importante de las enfermedades mentales deba revisarse periódicamente es una prueba de que el conocimiento que tenemos de estas es imperfecto o, al menos, incompleto. Sin embargo, sería muy osado dar por sentado que los psiquiatras que utilizan el DSM no crean que las enfermedades que describen sean reales. Es posible aceptar que una agrupación de un conjunto de síntomas bajo un nombre concreto, ya sea depresión, anorexia o trastorno bipolar, puede ser convencional, pero esto no impide defender que los síntomas a los que refieren estas etiquetas sí son reales y merecen ser abordados médicamente.

La naturaleza cambiante del DSM no es algo que lo invalide como herramienta científica. De hecho, los mismos autores del DSM-5 lo consideran un «documento vivo», es decir, un texto que es susceptible de modificación constante y que está abierto a cambios, supresiones o añadidos. Aun cuando pudiese no haber consenso con las categorías y subcategorías de cada DSM (de hecho, son muchas las críticas que se han hecho a las innovaciones concretas del DSM-5), esto no es un motivo para desechar todo el DSM, bastaría con mejorarlo.

Así, el DSM-5 pretende ser una herramienta para la psiquiatría que la propia psiquiatría puede adaptar según lo considere pertinente. Y es aquí donde surge el principal problema: ¿cuáles son los criterios que asumen los psiquiatras para decidir qué sintomatología es pertinente tratar médicamente y cuándo una categoría se muestra obsoleta y precisa de un cambio?

En ocasiones, los cambios en la categorización se pueden deber a un conocimiento más refinado de los síntomas psiquiátricos, tal como ocurría con la integración del síndrome de Asperger dentro de los trastornos del espectro autista, pero en otras estos cambios parecen responder más bien a transformaciones políticas y sociales, como ejemplifica la eliminación definitiva de la homosexualidad como un tipo de enfermedad mental.

En los próximos apartados de este capítulo veremos que la psiquiatría es un ámbito privilegiado para observar la relevancia de los factores subjetivos y culturales en la conformación y transformación de las categorías médicas. De hecho, las mismas categorías psiquiátricas del DSM están sujetas a cambios.

Esto es así en gran medida porque las enfermedades mentales se clasifican siguiendo un criterio clínico: son los síntomas los que determinan cada enfermedad mental concreta. Dependiendo de la sintomatología de un paciente, este será diagnosticado con una(s) patología(s) u otra(s). Es la observación de síntomas lo determinante para decidir lo patológico en psiquiatría, pero, ¿qué es un síntoma cuando hablamos de enfermedad mental? ¿Por qué se consideran ciertos comportamientos y no otros como señal de patología psiquiátrica? ¿Es esto una decisión que se deba dejar solamente a los profesionales médicos, una vez que se reconoce incluso desde la psiquiatría que sus categorías están fuertemente influidas por factores extramédicos?

De forma aún más marcada que en el caso de las enfermedades somáticas, la comprensión de las enfermedades mentales requiere de un modelo biopsicosocial. Podemos decir que la clasificación en psiquiatría responde a una forma de *realismo bajo control empírico* (véase, apartado IV.3), donde el realismo se fundamenta sobre todo, en la observación de ciertos síntomas conductuales y en el control empírico de las consecuencias que, tanto para la profesión médica como para los pacientes y el conjunto de la sociedad, tiene la categorización médica de esas conductas.

3. SOBRECATEGORIZACIÓN Y SOBREDIAGNÓSTICO. SUSTRATO BIOLÓGICO, VIVENCIA PERSONAL E INFLUENCIA SOCIAL

Cuando nos enfrentamos a un ámbito tan resbaladizo como el de la caracterización de las enfermedades mentales es más que esperable que los expertos muestren fuertes discrepancias entre ellos. Así, el psiquiatra Allen

Frances descubrió que «a veces puedes meterte en un montón de problemas solamente por asistir a un cóctel»[13].

Frances fue el líder del equipo de psiquiatras que confeccionaron el DSM-IV, razón por la cual fue invitado en mayo de 2009, cuando ya se encontraba jubilado, a una fiesta en la que estaba gran parte del equipo encargado de la elaboración del DSM-5. En su libro *Saving normal*, Frances dice que fueron las conversaciones informales que mantuvo con los psiquiatras en esa fiesta, en las que pudo percibir el interés de estos de expandir las categorías del DSM para incluir muchas condiciones que no eran hasta ese momento consideradas como patológicas, lo que le hizo preocuparse profundamente por el rumbo que podía tomar el manual. La constatación de estos temores le llevó a convertirse en uno de sus detractores más influyentes. Frances cree que el DSM-5 abusa de un sobrediagnóstico y apenas deja resquicio para la idea misma de normalidad ni para la recuperación natural de los individuos sin necesidad de recurrir a la psiquiatría. El DSM-5 pretende abarcar tanto que necesariamente acaba cayendo en casos claros de «promoción de enfermedades» (véase, apartado III.4):

> Mientras me movía por la fiesta, conocí a muchos otros amigos que trabajaban en el DSM-5 que estaban igualmente entusiasmados con sus aportaciones y pronto descubrí que yo personalmente calificaba para muchos de los nuevos trastornos que ellos sugerían incluir en el DSM-5. Mi atiborramiento de camarones y costillas encajaba perfectamente con el «desorden de atracones». Mi tendencia a olvidar nombres y rostros sería cubierta por el «trastorno neurocognitivo menor». Mis preocupaciones y tristezas iban a ser «trastorno mixto ansioso/depresivo». El dolor que sentí cuando mi esposa murió fue un «trastorno depresivo mayor». Mi conocida hiperactividad y distracción eran signos claros de «trastorno por déficit de atención de adultos». Una hora de charla amigable con viejos amigos y ya había adquirido cinco nuevos diagnósticos del DSM. Y no olvidemos a mis nietos gemelos de seis años de edad: sus rabietas ya no eran solo molestas; tenían un «trastorno de desregulación del temperamento»[14].

El sobrediagnóstico psiquiátrico es una realidad muy preocupante de nuestras sociedades. Autores como Peter Goetzsche han denunciado el uso desmedido, y muchas veces dañino, de los psicofármacos[15]. Según Goetzsche, justo por detrás de las afecciones cardiacas y el cáncer, el consumo de psicofármacos es la tercera causa de muerte en Gran Bretaña.

Nosotros no debemos olvidar que España es uno de los países europeos con más pacientes psiquiátricos medicados.

Además, el sobrediagnóstico tiene también el riesgo de fomentar las pseudoterapias. Muchas de las «terapias alternativas», como las denominadas «constelaciones familiares» o los tratamientos con base en remedios «naturales», están encaminadas a tratar las enfermedades mentales, con los enormes riesgos y perjuicios para la salud y el bolsillo que las pseudoterapias suelen implicar. Si, tal y como se dio cuenta Frances, todos somos susceptibles de ser diagnosticados como pacientes psiquiátricos, entonces todos somos posibles consumidores de tratamientos médicos o, lo que es peor, de tratamientos pseudomédicos.

La clave para entender cómo es posible que se haya dado esta proliferación de enfermedades mentales es, tal y como ya hemos dicho, que no existe algo así como las enfermedades mentales. Seguramente esta afirmación merezca una explicación más detallada.

Por supuesto que existen los síntomas o, si se prefiere, los problemas mentales. Es obvio que existen personas con alucinaciones, con tendencias suicidas, con incapacidad para poder comunicarse o con delirios paranoides. Todas estas son vivencias humanas terribles que, afortunadamente, los psiquiatras actuales son capaces de combatir. Lo que no existe como tal es la enfermedad mental *como una entidad independiente*.

Tal y como señaló el psiquiatra Steven Hyman[16], uno de los riesgos de la psiquiatría es entender que su clasificación recoge clases naturales, en el sentido de que se refiere a realidades que existen en el mundo de forma independiente (véase, apartado VI.1). Además de que, como ya hemos señalado, estas categorías son objeto constante de revisión, las enfermedades mentales no pueden *reificarse* (es decir, ser entendidas como «cosas») porque no son entidades que puedan separarse unas de otras. De hecho, las personas no suelen encajar muy bien en las categorías psiquiátricas. Muy frecuentemente los pacientes muestran *comorbilidad*: manifiestan síntomas de varias enfermedades al mismo tiempo.

Así pues, no es razonable poner en duda la importancia y necesidad de la psiquiatría, aun cuando podamos dudar de sus categorías. Incluso las mismas clasificaciones médicas, por muy revisables y provisionales que

estas sean, son un instrumento indispensable para el pensamiento médico. No es posible, o al menos parece tremendamente difícil, hacer medicina sin poner nombre a las enfermedades. Así pues, ¿cuál debería ser la mejor forma de hacer una clasificación médica?

Es posible que la forma más adecuada sea adoptando un enfoque biopsicosocial de las categorías psiquiátricas. En la actualidad no parece posible conservar la creencia de Emil Kraepelin, uno de los padres de la moderna psiquiatría, de que cada enfermedad mental se corresponde con un fallo anatómico específico[17]. Esto ni siquiera es ya del todo válido para muchos casos de enfermedades somáticas. Actualmente, no es posible negar que las enfermedades mentales son, además de categorías que utilizan los médicos, vivencias muy particulares que algunas personas viven en primera persona y realidades que son percibidas como amenazantes y preocupantes por el conjunto de la sociedad. Por esta razón, la clasificación médica que permite los diagnósticos debe tener en cuenta estas tres dimensiones: la profesional, la personal y la social.

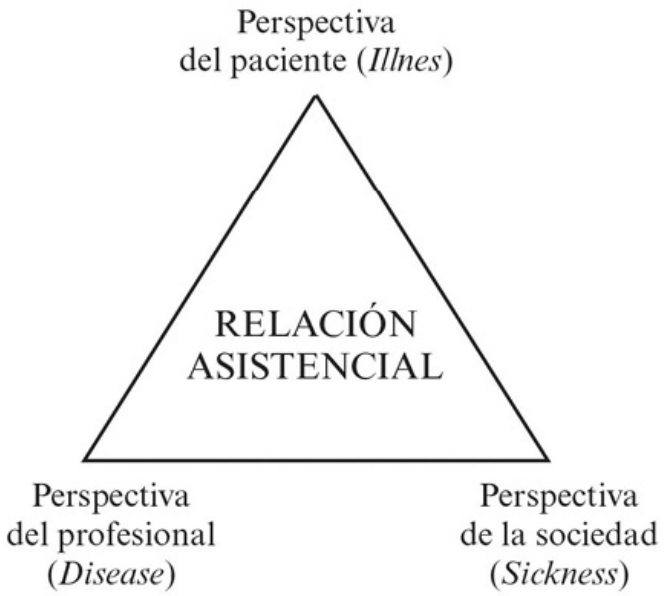
4. FRÓNESIS Y PSIQUIATRÍA: HACIA UNA NOCIÓN BIOPSICOSOCIAL PRAGMATISTA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El enfoque biopsicosocial no es una rareza dentro del discurso médico. No hay que olvidar que la misma OMS define la salud como el «completo bienestar en *lo físico*, *lo mental* y *lo social*» (véase, apartado I.5). En bioética, la disciplina filosófica dedicada a la reflexión moral sobre las consecuencias de las ciencias biomédicas, son muchos los autores que asumen un modelo triangular para abordar la relación asistencial. En este modelo se consideran tres agentes principales: el profesional médico, el paciente y la sociedad. Este modelo asume, al igual que lo hace la OMS, que el concepto de enfermedad tiene tres dimensiones o, dicho de otro modo, que cuando hablamos de enfermedad en realidad nos estamos refiriendo a tres conceptos distintos que muchas veces se confunden.

Llegados a este punto, quizá sea de ayuda recurrir a la distinción que en lengua inglesa se hace entre los conceptos de *disease*, *illness* y *sickness*[18]. Estos tres conceptos suelen traducirse indistintamente como «enfermedad». Sin embargo, su uso implica relevantes diferencias entre ellos. Correspondería a *disease* la visión profesional de la enfermedad, la evaluación de los eventos negativos según el criterio del personal sociosanitario que atiende al paciente. La tuberculosis, la gripe o la depresión, en tanto en cuanto categorías formuladas y utilizadas por los profesionales de la salud con base en criterios médicos, son ejemplos de *disease*. Por otro lado, *illness* recoge la visión personal del enfermo, la evaluación de los hechos según la propia perspectiva del propio paciente. Una persona se siente *ill* cuando sufre dolor o incapacidad por un problema de salud. Finalmente, el término *sickness* se asocia a la evaluación de los hechos desde las normas producidas por el Estado y otras organizaciones sociales. Es la sociedad y sus instituciones quienes deciden quién sufre o no de *sickness* y es por tanto merecedor de que se gasten recursos o se pongan en marcha mecanismos institucionales de asistencia. Hay realidades sociales, como el del estigma que acompaña a algunas patologías, que están directamente vinculadas con esta noción social de enfermedad. De hecho, hay un uso de la misma idea de enfermedad que va más allá de su significado médico y que podemos identificar por su sentido muchas veces peyorativo («¡eres un enfermo!»).

Esta tríada *disease*/*illness*/*sickness* sirve para describir eventos negativos, cosas malas que le pasan a nuestros cuerpos. Consecuentemente, estos conceptos son normativos e implican el llamamiento a actuar para evitar, paliar o revertir los estados a los que podríamos calificar como enfermedades en alguno de estos tres sentidos. Desde la perspectiva profesional, la enfermedad (*disease*) es una situación objetivable que permite identificar esa clase de evento y a cuidar a la persona que lo sufre. Según la perspectiva del paciente, la enfermedad (*illness*) es una vivencia que reorienta la actividad del sujeto enfermo, lo que a menudo le lleva a comunicar su experiencia subjetiva de ese mal a los demás y, llegado el caso, a pedir ayuda médica. Desde la perspectiva social, la enfermedad (*sickness*) es un fenómeno que requiere determinar el estatus de la persona

enferma, decidiendo quién tiene derecho a tratamiento y ayuda económica y a quién se le pueden disculpar sus obligaciones por hallarse enfermo.



Pirámide de la relación asistencial. En este esquema se refleja que la relación asistencial se da entre tres agentes distintos (la profesión médica, el paciente y la sociedad) con diferentes concepciones de la enfermedad.

Ya hemos visto que, a menudo, la teoría médica se ha centrado únicamente en la concepción profesional, definiendo la enfermedad como un hecho meramente biológico, y su crítica postmoderna se ha ocupado de la concepción social, insistiendo en la construcción social de la enfermedad. Con el surgimiento de la bioética y los movimientos por los derechos de los pacientes, la medicina ha virado hacia una reconsideración de la visión personal, esto es, la fenomenología de la enfermedad tal y como es experimentada por el paciente. Siguiendo el panorama presentado en los capítulos II y III, podemos decir que el enfoque naturalista está especialmente enfocado en una noción de enfermedad que se correspondería con la de *disease*, mientras que el constructivismo maneja principalmente las concepciones de enfermedad recogidas en *illness* y *sickness*, sobre todo en esta última.

Aunque pueden verse como conceptos diferentes, es indudable que lo habitual es que vayan unidos en la práctica médica. Por ejemplo, una persona puede sentirse con temblores, temperatura corporal elevada, dolor

en las articulaciones y congestión nasal. Este malestar (*illness*) le lleva al médico, quien le diagnóstica un resfriado (una *disease*) y le indica el tratamiento a seguir. Como consecuencia de esto, su empresa le concede una baja laboral y le permite ausentarse del trabajo por un tiempo al entender que padece una enfermedad que debe tratarse (una *sickness*).

Los problemas comienzan cuando las perspectivas de cada uno de los tres agentes que conforman el triángulo de la relación asistencial no concuerdan entre sí. Lo que la profesión médica, el paciente y la sociedad consideran que es una enfermedad no siempre es lo mismo. Esta discrepancia, generalmente rara en el caso de las enfermedades somáticas, es relativamente frecuente en el caso de los trastornos mentales, lo que supone una fuente importante de conflictos y es una de las características más distintivas de la psiquiatría.

Hay enfermedades mentales, pensemos en ciertos trastornos de la conducta como los trastornos delirantes o los relacionados con la alimentación, que muchas veces no son vistos como enfermedades por el paciente, a pesar de que tanto para los médicos como para la sociedad sí lo son. Una persona con delirios paranoides que piensa que le están persiguiendo los marcianos probablemente no será muy proclive a seguir un tratamiento médico[19]. Después de todo, desde su perspectiva, su problema no son los delirios (probablemente ni siquiera admita que los tenga) sino los marcianos. También hay otros casos que pueden ser vistos como enfermedades por la sociedad, pero no por el paciente o el médico, como es el caso de la homosexualidad o la disidencia ideológica en algunos países. Y hay otras posibilidades, como la de enfermedades que solamente sean percibidas como tal por los pacientes, pero no por la sociedad ni por la comunidad médica, como la célebre hipocondría.

Las posibilidades en psiquiatría son muy variadas y en ningún caso parece que un buen acercamiento a la noción de enfermedad mental debiera ignorar alguna de estas dimensiones de la noción de enfermedad. En consecuencia, y teniendo en cuenta que el enfoque personal y el social son especialmente importantes en este ámbito médico, los valores subjetivos y culturales son un factor determinante a la hora de conformar las diferentes categorías psiquiátricas. Es, por lo tanto, en este ámbito en el que la frónesis

(véase, apartado IV.5) juega también un papel fundamental a la hora de determinar la distinción sano/enfermo con todas sus implicaciones.

La labor del psiquiatra es especialmente delicada. La psiquiatría ha demostrado impresionantes avances para tratar patologías muy serias y los psicofármacos son uno de los grandes logros de esta disciplina. No cabe duda de que la enfermedad mental tiene al menos una base en nuestra biología y que la intervención farmacológica influye en los síntomas psiquiátricos. Sin embargo, determinar qué síntomas han de ser tratados médicamente no es solo una cuestión que dependa de la *normalidad biológica* (véase, apartado II.4).

Los abusos de la historia de la psiquiatría son un ejemplo muy claro de hibris médica. La psiquiatría como herramienta de control político y social se da cuando las enfermedades mentales se reifican e interpretan como clases naturales objetivas, llevando al profesional médico a ignorar que sus categorías no son sino herramientas metodológicas. En psiquiatría, al igual que en toda la medicina, pero en este ámbito muy notoriamente, el ejercicio médico debe ir acompañado de una profunda reflexión ética que obligue a recordar siempre que no existen enfermedades, sino enfermos, y que la labor de un buen profesional médico consiste sobre todo, en combatir, con frónesis, los padecimientos de los pacientes.

5. CONCLUSIONES

En psiquiatría las enfermedades mentales se categorizan siguiendo generalmente un criterio clínico. Es la observación de unos determinados síntomas conductuales, a los cuales se considera negativos, lo que fundamenta el diagnóstico. En psiquiatría no suele ser posible identificar una enfermedad mental con un fallo orgánico y los trastornos tampoco suelen vincularse a una causa concreta que los genere. Por tanto, el profesional no tiene más remedio que distinguir enfermedades mentales por los comportamientos «fuera de la norma» que muestran los pacientes. La incapacidad para interactuar socialmente de modo adecuado suele funcionar como el criterio principal. Una persona depresiva, un esquizofrénico o un

cleptómano son, todos ellos y por motivos diferentes, individuos que no pueden relacionarse socialmente de forma aceptable. Además, muchas de las patologías mentales producen sufrimiento al mismo paciente. La psiquiatría no es solamente un instrumento de control social, también, y, sobre todo, es una disciplina al servicio del bienestar de los que sufren.

Tal y como hemos visto, el ejercicio de la psiquiatría requiere de un enfoque biopsicosocial, lo que entronca con las críticas constructivistas al reduccionismo biologicista (véase, apartado V.2). La psiquiatría precisa de un enfoque holista, que tenga en cuenta los factores personales y sociales, y que acepte que los profesionales médicos deben guiarse no solo por consideraciones teóricas, sino también éticas. No obstante, esto no implica comprometerse con un constructivismo fuerte que defienda que las enfermedades mentales son un invento.

Las clasificaciones psiquiátricas, como el DSM, no son muy diferentes de cualquier otra clasificación científica, como las taxonomías de especies biológicas o la tabla periódica de los elementos químicos. Las categorías de estas clasificaciones se conforman de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos porque estos criterios son útiles para hacer distinciones relevantes para la práctica de una disciplina. Las enfermedades mentales no son, como decía Szasz, un mito; o al menos no son un mito más que los mamíferos o el wolframio. La biología, la química o la geología utilizan categorías que han surgido por y para la práctica. En este sentido, las categorías científicas son similares a las categorías que se usan en otros ámbitos: las nociones de *postre* en el vocabulario de la hostelería o de *coronel* en la terminología militar hacen referencia también a categorías que adquieren su sentido dentro de unas prácticas muy concretas. La cuestión importante aquí no es determinar si todas estas categorías, incluyendo la de *enfermedad mental* se corresponden con una entidad real diferenciada, sino cuándo su uso sigue siendo útil y cuándo es preciso reconsiderarlas o, en su caso, reemplazarlas o abandonarlas.

El pragmatismo, que hemos presentado en el apartado VI.4, hace hincapié en el hecho de que los conceptos son inseparables de nuestras acciones. Si en algún momento nociones como «esquizofrenia» o «trastorno bipolar» dejan de servir al ejercicio con frónesis de la psiquiatría, entonces

estos conceptos deben ser eliminados o sustituidos, del mismo modo que lo fueron categorías como «histeria» o «drapetomanía». Es a través de la actividad psiquiátrica como se conforman las categorías de enfermedades mentales, y es esta misma actividad psiquiátrica la que ha de servir como control empírico de la validez de cada una de las categorías que se utilicen y que están, siempre, bajo vigilancia.

---

[1] He aquí algunos manuales dedicados específicamente a la filosofía de la psiquiatría: (Cooper, 2008; Fulford, 2006; Graham, 2010; Kendler y Parnas, 2012; Murphy, 2006).

[2] (Foucault, 2012).

[3] (Goffman, 2013).

[4] Sobre la antipsiaquiatría: (Cooper, 2013; Ghaemi, 2006; Kotowicz, 2005; Praag, 1978; Whitley, 2012).

[5] (Szasz, 2008, p. 294).

[6] (Missios, 2007).

[7] La homosexualidad ha sido una condición recurrentemente tratada en la historia de la psiquiatría como una enfermedad. En España contamos con una historia muy reciente de estigmatización, persecución e internamien- to de los homosexuales, a los que hasta hace poco se les consideraba enfermos y delincuentes, véase: (Mora, 2016). Actualmente, aunque los manuales psiquiátricos de referencia ya no la consideran un tipo de trastorno, sigue habiendo profesionales que ofrecen terapias para «curar» la homosexualidad: (Drescher, 2015; King, Smith y Bartlett, 2004).

[8] Es probable que uno de los premios Nobel más polémicos haya sido el recibido por el neurólogo portugués António Egas Moniz en 1949 por su «descubrimiento del valor terapéutico de la lobotomía en ciertas psicosis». Entre las décadas de los años 40 y 60, este procedimiento se generalizó como tratamiento para pacientes esquizofrénicos, deprimidos y otros muchos tipos de enfermo mental. A pesar del escaso éxito clínico, la «era de la lobotomía» terminó a comienzos de los años 70 con miles de enfermos operados (solamente en los EE. UU. más de 40.000). En la actualidad este es considerado uno de los episodios más lamentables de la historia de la medicina (Raz, 2015).

[9] En los años 60 del siglo xx, el psiquiatra soviético Andrei Snezhnevsky y sus colaboradores introdujeron el término «esquizofrenia progresiva» para una enfermedad que, según ellos, explicaba ciertos comportamientos antisociales, aun cuando no tuviera ninguno de los síntomas reconocidos de la esquizofrenia. El diagnóstico de esta enfermedad fue tremendamente popular en la URSS y países afines, aunque solamente se reconoció en ellos, y fue utilizado profusamente para internar a disidentes políticos. Así, en los años 80 Moscú era la ciudad con la prevalencia de esquizofrénicos más alta del mundo, y había proporcionalmente el triple de esquizofrénicos diagnosticados en la URSS que en los EE. UU. y el doble que en otros países occidentales como el Reino Unido, Alemania Occidental o Japón. Muchos de ellos cursaban síntomas tan significativos como «pensamientos antisoviéticos» o «delirios de reformismo»: (Bloch y Reddaway, 2019).

[10] Sobre el DSM: (Demazeux y Singy, 2015; Kirk, 2017; Tsou, 2011).

[11] El DSM-5 está accesible online en la página web de la Asociación Americana de Psicología: https://www.psychiatryonline.org/.

[12] (American Psychiatric Association, 2013, p. 5).

[13] (Frances, 2014, XI).

[14] (Frances, 2014, XVII).

[15] (Gotzsche, 2013).

[16] (Hyman, 2010).

[17] Sobre el modelo de Kraepelin: (Braceland, 1957).

[18] En bioética se suele utilizar esta triada para poner de relieve la existencia de tres perspectivas distintas en la relación asistencial sanitaria, véase: (Casado & Etxeberria, 2014). Esta distinción entre *disease*, *illness* y *sickness* en el marco de la discusión filosófica sobre la noción de enfermedad fue introducida en: (Hofmann, 2002).

[19] La cuestión de los delirios ha dado lugar a una importante literatura filosófica: (Bortolotti, 2010; Samuels, 2009).

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES: FILOSOFÍA DE LA MEDICINA COMO ÁMBITO CENTRAL DE REFLEXIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD Y HUMANISTAS

1. SÓCRATES EN EL HOSPITAL

La filosofía de la medicina, entendida como una rama muy especial de la filosofía de la ciencia contemporánea, es una disciplina emergente en los planes de estudio actuales, pero con precedentes muy clásicos dentro de la tradición del pensamiento universal. El fenómeno de la enfermedad es tan determinante, tiene una importancia tan central en nuestra forma de vivir y relacionarnos en el mundo, que quizá haya sido inevitable que la filosofía, desde sus orígenes, haya pensado sobre los fundamentos y las implicaciones de la medicina.

La medicina, como combinación de saberes teóricos y prácticos en los que juegan un papel muy importante tanto los aspectos científicos como los personales y culturales, es un objeto de estudio particularmente interesante para la filosofía de la ciencia. La medicina permite a los filósofos observar, analizando una disciplina con una relevancia social indiscutible, cómo el conocimiento teórico y el práctico son capaces de transformar nuestra forma de ver el mundo y relacionarnos entre nosotros e incluso *con nosotros mismos*.

La forma en la que categorizamos los estados de nuestros cuerpos en términos de salud y enfermedad deriva en gran parte de la forma en la que el discurso médico, imbuido de autoridad epistémica, utiliza estos conceptos. Es por ello que es importante escrutar, con actitud socrática, las asunciones médicas sobre qué es lo sano y lo enfermo.

El riesgo de no poner en cuestión nuestras nociones más básicas es que estas son aceptadas de forma acrítica, sin posibilidad de discusión, y que sus consecuencias son irremediablemente aceptadas como algo inevitable. Tal y como se ha intentado mostrar en este libro, esto es algo especialmente delicado en el caso de la medicina. Asumir una cierta concepción de salud y enfermedad es algo que tiene enormes implicaciones teóricas y prácticas, tanto para la investigación como para el tratamiento y la educación médica.

La filosofía es, por tanto, muy útil para poder juzgar y comprender la medicina contemporánea. Y además, la teoría médica puede verse muy beneficiada de la reflexión filosófica, la cual puede mostrar todo el conocimiento tácito de la medicina y apuntar aquellos puntos más oscuros o discutibles de las asunciones heredadas por los profesionales. La filosofía puede servir a los médicos para recordarles que su disciplina no es meramente teórica y que la medicina es principalmente una ciencia aplicada, es decir, un saber al servicio del bienestar de los demás. Remarcar la importancia ética y social de la medicina, ayudando en el establecimiento de buenas prácticas, es una de las principales aportaciones que puede hacer la filosofía a la medicina.

2. LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD: ENTRE EL NATURALISMO Y EL CONSTRUCTIVISMO

En este libro hemos visto que la filosofía de la medicina contemporánea se presenta frecuentemente en torno a la discusión entre los enfoques naturalistas y constructivistas. Por un lado, los teóricos naturalistas defienden que las nociones más fundamentales de la teoría médica, es decir, los conceptos de salud y enfermedad son conceptos teóricos de la ciencia biomédica. En otras palabras, salud y enfermedad se corresponderían con estados biológicos que pueden ser identificados de forma objetiva. Por otro lado, los constructivistas han criticado fuertemente esta noción objetivista denunciando que no es posible desligar estas nociones de salud y enfermedad de los valores personales, políticos, ideológicos, religiosos e incluso económicos de los individuos que los utilizan. Para los

constructivistas, la medicina se basa en una distinción entre formas de vivir correctas (sanas) e incorrectas (enfermas) que está profundamente relacionada con valores subjetivos que tienen que ponerse en evidencia para que los criterios supuestamente «objetivos» que los médicos utilizan para distinguir lo normal de lo patológico puedan ser puestos en cuestión y, llegado el caso, rechazados o sustituidos.

Tanto si se asume un enfoque naturalista como uno constructivista, lo que es indiscutible es que la medicina es una disciplina inherentemente *normativa*. La medicina se basa en la presunción de que hay estados que son negativos y que deben corregirse. La elección de qué estados constituyen las enfermedades y cómo deben ser abordados por las profesiones conlleva el establecimiento de normas para el ejercicio de la medicina: normas para clasificar las enfermedades, normas para investigarlas, normas para comprobar la efectividad de los tratamientos, normas para tratar a los pacientes individuales, normas para comunicarse con ellos y normas para lidiar con las consecuencias prácticas que todo esto tiene en nuestras sociedades. La medicina no es solamente una forma de comprender la realidad o ciertos fenómenos que forman parte de esta realidad, sino también una potentísima herramienta para transformarla.

3. «EL MÉDICO QUE SOLAMENTE SABE MEDICINA, NI SIQUIERA MEDICINA SABE»: HIBRIS Y FRÓNESIS

Esta transformación de la realidad que supone la medicina ha llevado a la humanidad a impresionantes logros, entre los que se encuentran la prolongación de la esperanza de vida y la generalización de un estado del bienestar que eran insospechados hasta hace poco tiempo. Enfermedades que eran enemigos temibles y conllevaban gran sufrimiento y mortalidad han sido erradicadas o paliadas. Pero la historia de la medicina también muestra graves errores y abusos. La medicina (y particularmente la psiquiatría, como hemos visto en el capítulo VII) ha hecho en ocasiones un uso desmedido de su posición de autoridad epistémica, lo que ha llevado a algunos a cometer atrocidades disfrazadas bajo la máscara de la neutralidad

que se le presupone al conocimiento científico. Este disimulo muchas veces se hacía de forma consciente, pero otras era inconsciente. La falta de espíritu crítico con respecto a sus propios presupuestos teóricos y morales llevó a algunos médicos a caer en el vicio de la hibris, es decir, el orgullo que lleva al empecinamiento en sostener y ejercer una medicina que, lejos de ayudar a los pacientes, solo provocaba más sufrimiento.

Una vez que sabemos que la medicina es tanto una ciencia como un arte, el buen médico es aquel que muestra, por lo menos, estas tres cualidades: 1) poseer un conocimiento científico correcto, completo y actualizado acerca del cuerpo humano y su funcionamiento; 2) tener la capacidad de manejar instrumentos especializados y haber desarrollado las habilidades prácticas y morales necesarias para tratar adecuadamente a los pacientes tendiendo en cuenta tanto su estado biológico como sus peculiaridades subjetivas; y 3) mostrar el criterio preciso para saber cuándo la labor médica es necesaria y supone una contribución positiva para la vida del paciente. El médico que sea capaz de mostrar que tiene estas habilidades estará mostrando frónesis, la virtud moral médica por excelencia que conjuga tanto el saber teórico de la medicina como la reflexión moral de la bioética.

4. UN ENFOQUE PRAGMATISTA

Además de las luces y sombras de la práctica social institucionalizada que es la medicina, la historia nos muestra que la medicina no siempre se ha ocupado de los mismos fenómenos. Frecuentemente, los médicos identificaron enfermedades que hoy ya no consideramos como tales. La drapetomanía, que tratamos en el apartado III.1, la histeria, la masturbación y la homosexualidad son condiciones que han estado en los manuales médicos y por las que muchas personas han sido tratadas, en muchas ocasiones de formas muy agresivas. Como vimos en el capítulo VII, la psiquiatría es uno de los ámbitos en los que es más difícil determinar qué es una enfermedad y son muchos los críticos que rechazan que el síndrome de déficit de atención, el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino y muchas otras categorías que hoy figuran en el DSM-5 sean realmente

enfermedades. Esto no se restringe al ámbito de la psiquiatría. Hay también otros casos conflictivos como la obesidad, la alopecia masculina, el síndrome de Down o el albinismo, entre muchos otros, con los que la comunidad médica no termina de ponerse de acuerdo. Es cierto que estas categorías se refieren a condiciones que frecuentemente están relacionadas con problemas de salud que, en mayor o menor medida, pueden ser tratados médicamente, pero, ¿son estas condiciones, en sí mismas, enfermedades? ¿Basta con que relacionemos un estado concreto como «contrario a la salud» para que sea categorizada ya como una enfermedad (recordemos que «victima de erupción volcánica» es una categoría del CIE-11)?

Una de las consecuencias que conlleva categorizar una condición como una enfermedad es el de su medicalización. Si, por ejemplo, entendemos que la obesidad es una enfermedad, entonces se presupone una obligación moral de ofrecer medios para combatirla y prevenir su incidencia en la población. De hecho, parece que es precisamente esto lo que se está haciendo con el caso de la obesidad. Hay una variedad enorme de tratamientos médicos, desde medidas nutricionales a quirúrgicas pasando por multitud de fármacos y terapias psicológicas, para las personas obesas. Desde los organismos de salud pública se trata a la obesidad como una epidemia y tanto la OMS como la ONU consideran que la obesidad es una de las enfermedades no transmisibles que supone un mayor riesgo para la salud mundial y urgen a que se inviertan más recursos, médicos y educativos, a su eliminación, sobre todo, entre los más jóvenes. Sin embargo, no todo el mundo está de acuerdo con esa medicalización de la obesidad y ya han surgido voces discrepantes que entienden que esta medicalización supone la estigmatización de personas por una concepción social de lo bello y lo normal (véase, apartado II.4), que provoca un gran sufrimiento en las personas con sobrepeso y obesidad, y que además ha dado lugar al surgimiento de otros problemas muy importantes de salud, como los trastornos alimenticios.

Algo parecido ocurre con las discapacidades. Frente a un discurso médico que equipara a las personas con discapacidades motoras, sensoriales o cognitivas con enfermos, un activismo cada vez más influyente denuncia que la medicalización de sus formas de vida encubre una discriminación

social. En lugar de interpretar la discapacidad como patologías que deben medicarse, los defensores de los derechos de los discapacitados proponen transformar las sociedades, mediante cambios arquitectónicos, legislativos, educativos y de todo tipo, para que los modos de vivir de las personas con discapacidad no supongan un menoscabo en su calidad de vida ni una pérdida de oportunidades para cumplir sus metas. Esta revuelta incluso compromete al uso mismo del lenguaje, abogando por cambiar el uso de términos que pueden tener una carga peyorativa como «minusválido» o «incapacitado» por otros términos más neutros y ajustados como «personas con diversidad funcional». El punto de vista adecuado para pensar la discapacidad, sostienen, no es médico, sino ético[1].

Por ello, en este libro se ha propuesto que la mejor forma de abordar filosóficamente la medicina sea adoptar un enfoque pragmatista. Es decir, una perspectiva que reconozca que los conceptos surgen y adquieren sentido en el contexto de su uso. El enfoque pragmatista está interesado en comprender cuáles son las condiciones en las que se utiliza un término y qué es lo que provoca que este cambie de significado o que incluso deje de tenerlo. Por ello, es imposible entender por qué y cómo se utiliza en un momento determinado un concepto teórico, ya sea «tuberculosis», «psicosis» o el mismo de «enfermedad», sin analizar qué es lo que implica para la práctica médica utilizar estos términos y asumir que refieren a ciertos fenómenos.

La medicina contemporánea se caracteriza por adoptar una perspectiva pluralista. Si buscamos el criterio que utilizan los médicos para decidir cómo identificar y clasificar las enfermedades, nos encontramos en realidad con tres. El criterio etiológico, el mecanístico y el clínico conviven en la medicina y refieren a aspectos distintos de las enfermedades: su causa, su mecanismo subyacente y su sintomatología, respectivamente. En algunos casos, uno de estos aspectos se muestra más pertinente que otro para la medicalización de un estado. Incluso se pueden utilizar varios criterios al mismo tiempo si se considera esto algo útil. Dependiendo del tipo de enfermedad que se considere (infecciosa, crónica, mental, etc.), alguno de estos criterios resultará más relevante que los demás para poder abordarla. Así, por ejemplo, no resultaría útil utilizar un criterio mecanístico o clínico

en epidemiología. Si lo que nos interesa es descubrir qué provoca la prevalencia de una enfermedad en una población, lo útil es adoptar un enfoque etiológico y tratar de identificar el agente causal de la enfermedad, como ilustra el caso de la tuberculosis; y lo mismo ocurre con el resto de las disciplinas de la medicina: cada una de ellas asume el criterio que le resulta más útil para definir y clasificar las enfermedades que aborda. Lo relevante de los conceptos médicos es, sobre todo, su utilidad para la práctica médica, lo que implica que la medicina debe saber decidir qué criterio ofrece mejores resultados para cada caso.

Consecuentemente, para entender las nociones teóricas de la medicina y para proponer nuevas conceptualizaciones que sean útiles y adecuadas, debemos fijarnos en las consecuencias de estas. Y debemos preguntarnos por las consecuencias tanto epistemológicas («¿este nuevo concepto nos permite conocer mejor el fenómeno estudiado?») como éticas («¿asumir este nuevo concepto hace que la medicina contribuya mejor al bienestar de los pacientes?»). El conocimiento científico cambia con el tiempo, y lo mismo hacen los valores culturales e individuales que estructuran nuestra reflexión ética. Los conceptos teóricos médicos se fundamentan en este conocimiento teórico y en los valores éticos, por lo que cualquier análisis filosófico de la medicina ha de tenerlos en cuenta. Esto no significa necesariamente aceptar un constructivismo radical ni un nihilismo médico[2] que piense que no existen conceptualizaciones mejores que otras de la salud y la enfermedad, o que los médicos están necesariamente cayendo en un relativismo cultural cuando ejercen su profesión. La medicina se mueve siempre entre la ambición de objetividad naturalista y el reconocimiento constructivista de la relevancia de las subjetividades, y es en este territorio en el que juega un papel principal la frónesis, la prudencia médica.

5. REFLEXIONAR SOBRE LA ENFERMEDAD Y OTROS HÁBITOS SALUDABLES

Si la filosofía quiere comprender la medicina y ayudar a aclarar sus conceptos, mostrar sus asunciones heredadas y ofrecer herramientas críticas

para mejorarla, debe ser capaz de conjugar todo el conocimiento científico y humanístico del que sea capaz. Una buena filosofía de la medicina ha de servir para ofrecer una perspectiva desde la que observar la práctica de la medicina y entenderla tanto en sus propios términos técnicos como en el marco del contexto en el que se realiza. En otras palabras, la filosofía de la medicina ha de comprender tanto la medicina como los valores de los profesionales médicos, sus pacientes y sus sociedades, adoptando lo que hemos denominado un enfoque biopsicosocial.

La filosofía de la medicina, así comprendida, es una rama de la filosofía de la ciencia que va más allá de lo que comúnmente se entiende por estrictamente científico. Una buena filosofía de la medicina debe abarcar la teoría, la historia, la sociología y, sobre todo, la reflexión ética sobre la medicina, no solamente para ayudar a los médicos en la toma de decisiones o para prevenir los usos perniciosos de la medicina, sino también para poder desarrollar el enfoque biopsicosocial que precisa. La filosofía de la medicina y la bioética son disciplinas independientes pero, al igual que la bioética se fundamenta en una reflexión filosófica sobre qué es la medicina, la filosofía de la medicina no puede dejar fuera el papel de los valores para comprender cómo surgen y qué implican los términos teóricos de la medicina, como las nociones de salud y enfermedad. Problemas cada vez más acuciantes, como la misma cuestión de la demarcación entre la medicina y la pseudomedicina[3], solamente pueden ser abordados desde un marco teórico que tenga todo esto en cuenta.

Tal y como se decía al principio del libro, si hay filosofía para casi todo, ¿cómo no iba a haber una fi- losofía para algo tan central en nuestras vidas como la salud, la enfermedad y los modos que nos hemos ingeniado los humanos para cuidarnos? Es inevitable que el ser humano haya filosofado (signifique esto lo que signifique) desde sus orígenes sobre su propia fragilidad. La principal virtud de la filosofía de la medicina no está seguramente tanto en las respuestas que los diferentes filósofos hayan ofrecido a nuestras preguntas sobre los aspectos más fundamentales de la medicina como en haber sido capaz de crear un espacio propio en el que poder formular y pensar esas preguntas.

[1] Sobre filosofía, medicina y discapacidad, véase: (Amundson, 2000; L. J. Davis, 1995; Devlin y Pothier, 2006; Silvers, 2007; Watson, 2013).

[2] Sobre esta idea de «nihilismo médico»: (Devanesan, 2019; Kurup y Achutha Kurup, 2019; Stegenga, 2018a).

[3] Lamentablemente, no se ha podido dedicar más espacio en este libro a la fascinante cuestión de las pseudomedicinas y su relevancia social. Se recomienda consultar las siguientes referencias sobre la cuestión del problema de la demarcación aplicado a este caso: (Bunge, 2012; Ernst y Smith, 2018; Pigliucci y Boudry, 2013).

EPÍLOGO*

«¡Lo agarras como si fuera una bomba!». Desabrocho como puedo los botones de su pijama con una mano mientras con la otra sujeto la cabecita, controlando cada mínimo movimiento. Jamás había tenido nada tan frágil en las manos. Ni tan valioso. «De verdad, pareces un TEDAX, ¡no te preocupes y muévelo sin miedo que no se va a romper!», me dice socarrona la matrona mientras le quita el pañal y me ayuda con una soltura sobrenatural a limpiar la orina transparente y las heces líquidas que tienen un inesperado aroma dulzón. «No nos va a quedar más remedio que aprender a hacer esto nosotros solos», dice Clara entre risas también. Está tumbada en la cama, tiene unas enormes ojeras y el pelo revuelto le cae sobre la bata de tela del hospital y no deja de sonreír mientras nos mira. Está más guapa que nunca. «Muy bien, ya estás limpito y cambiadito», le dice la enfermera al niño mientras me lo alcanza para que lo tome entre los brazos. El bebé empieza otra vez a llorar y yo me asusto de nuevo. «Vaya, ¡así que tenemos ganas de marcha esta noche!», le regaña cariñosamente mientras a mí me corrige suavemente la posición de los brazos y me indica con gestos que lo acune. Hago lo que me pide y, por fin, mi hijo (¡mi hijo!) deja de llorar y empieza a respirar acompasadamente. Parece incluso que me mira y siento de pronto un tipo de calor que no había tenido nunca antes. Me aprieta el dedo índice con su mano minúscula con una fuerza sorprendente. Ahora soy yo el que sonríe a la matrona y, por primera vez, me doy cuenta de que ella también tiene ojeras y parece cansada. No me extraña. Son las cuatro de la mañana y no sé cuántas horas llevará de habitación en habitación ni a cuántos padres novatos como nosotros habrá ayudado ya en su turno de guardia. También puedo ver que tiene aproximadamente mi edad, quizá sea más joven. Yo no puedo sujetar a mi hijo sin parecer un artificiero desactivando una mina y ella se encarga cada día de cuidar de varios bebés. Me pregunto cómo alguien puede elegir un oficio tan difícil. «Bueno, vas a ver como enseguida le vas pillando el

tranquillo» dice, le da un beso en la cabeza al pequeño y se marcha hacia la puerta. A mí me gustaría decirle que no se vaya, que aún es muy pronto para dejarnos solos con el bebé, que no sé si sabré qué hacer si vuelve a llorar. En realidad, no sé si seré capaz de saber qué es lo que hay que hacer con nada a partir de ahora. ¿Qué va a pasar si nunca «le pillo el tranquillo»? Me gustaría decirle que me aterra que al pequeño le pase algo malo y no lo identifiquemos a tiempo, o que no haya un médico o una enfermera cerca. Antes de que yo acierte a decir nada, la matrona se gira y nos dice: «no os preocupéis, estamos aquí para lo que necesitéis». Nos miramos entre nosotros y a nuestro hijo. Seguramente la enfermera no es consciente de todo el alivio que esto supone para nosotros. No encuentro las palabras para transmitirle todo lo que siento ahora mismo, pero es Clara quien le responde todo lo que a mí me gustaría decirle, tanto a ella como a todos los profesionales que nos han cuidado durante el embarazo y el parto y que, afortunadamente, prometen seguir ayudándonos a partir de ahora, en esta aterradora y feliz nueva etapa de nuestra vida en la que somos uno más: «muchas gracias, de verdad, por todo».

Madrid, 19 de noviembre de 2019

---

* Este inusual epílogo sirve para, junto con la dedicatoria, dar un cierre circular a este libro y pretende ser mi humilde homenaje, no solo a mis seres queridos, sino también a todas las personas que, desde unas condiciones muchas veces difíciles y con una dedicación que va mas allá de lo meramente laboral, cuidan de otros. En muchos de los episodios más cruciales de nuestra existencia, que no se limitan solamente a aquellos momentos en los que estamos enfermos, encomendamos a los profesionales de la salud nuestras vidas y las de quienes más amamos. La filosofía puede y debe adoptar un enfoque crítico con respecto a la medicina, como el desarrollado a lo largo de estas páginas, pero esto no impide hacerlo desde la admiración y el agradecimiento más sinceros.

GLOSARIO

A continuación, se presenta un breve listado con las definiciones de algunos conceptos técnicos básicos de la filosofía de la medicina. Vale la pena señalar que estos conceptos pueden tener matices y significados distintos en otros ámbitos y que incluso hay diferencias en su uso por parte de distintas corrientes y autores. En este glosario, y con el fin de contribuir a la lectura y evitar posibles malentendidos, se recoge el sentido con el que estos términos han sido utilizados en este libro.

Autoritarismo epistémico: postura que defiende que aquel que tiene más o mejor conocimiento debe ejercer como figura de autoridad. En medicina, el autoritarismo epistémico queda reflejado en la asunción de que las decisiones médicas deben tomarlas únicamente los profesionales que tienen la formación y la experiencia adecuadas.

Biologicismo: perspectiva, dentro de la corriente del naturalismo, que considera que la medicina es, sobre todo, una rama aplicada de la biología.

Clase natural: categoría controvertida que se entiende característica de las clasificaciones científicas y que se supone que se conforma siguiendo criterios objetivos que, en último término, hacen referencia a propiedades esenciales que presentan todos los elementos que se clasifican en un mismo grupo y de las que carecen los elementos que no forman parte de este grupo. Se suelen presentar como ejemplos de clases naturales científicas los elementos químicos de la tabla periódica, las especies de la taxonomía biológica o, en medicina, las diferentes patologías identificadas por las clasificaciones médicas.

Constructivismo (normativismo): perspectiva que sostiene que el conocimiento científico es una construcción teórica hecha por la comunidad

científica que refleja más las propiedades subjetivas de las personas y la sociedad que la estructura objetiva de la realidad que aborda. En filosofía de la medicina, se denomina así al enfoque (también conocido como normativismo) que, frente al naturalismo, defiende que los valores personales y sociales juegan un papel determinante en la conformación de las teorías médicas y en la conceptualización de las nociones básicas de la medicina, como «salud» y «enfermedad».

Criterio clínico: criterio médico que distingue las patologías atendiendo a su manifestación externa, es decir, a la sintomatología que presentan los pacientes.

Criterio etiológico: criterio médico que entiende que lo que caracteriza a una enfermedad y permite su categorización en una clasificación es el agente causal que la ha provocado.

Criterio mecanístico: también llamado criterio patogénico, este criterio médico se sustenta en una perspectiva biomecánica y agrupa las enfermedades por el tipo de fallo biomédico que suponen. Así, cada enfermedad se correspondería con un mecanismo patológico concreto.

Determinismo funcional: postura que defiende que todos los miembros de una misma clase de referencia biológica deben funcionar de la misma manera. Por ejemplo, todas las personas de una misma edad deben tener la misma capacidad visual o, de lo contrario, está justificado afirmar que tienen una patología.

Empirismo: postura filosófica que sostiene que el conocimiento proviene en último término de la experiencia sensible. El empirismo en medicina supone que la descripción y categorización de las diferentes patologías, así como el diseño y prescripción de los tratamientos para combatirlas, deben basarse exclusivamente en las manifestaciones de estas enfermedades que se observan en la práctica clínica.

Falsable: una afirmación falsable es aquella que puede ser demostrada falsa en algún momento bajo las circunstancias adecuadas. Esto no quiere decir que todas las afirmaciones falsables sean falsas, sino que han de reunir las condiciones necesarias para que, en el caso de que fueran falsas, esto pudiera demostrarse en algún momento. En filosofía de la ciencia, la falsabilidad se ha esgrimido como una característica distintiva de las afirmaciones científicas (véase *problema de la demarcación*).

Filosofía analítica: vertiente de la filosofía originariamente desarrollada en el siglo XX en los países anglosajones y cuyo principal objeto de estudio es el lenguaje.

Filosofía de la ciencia: ámbito concreto dentro de la filosofía que tiene como objeto de estudio el conocimiento, los métodos y los resultados de la ciencia. Dentro de la filosofía general de la ciencia, se han desarrollado diferentes *filosofías de las ciencias* que se encargan de las diferentes disciplinas científicas como, entre otras, la filosofía de la física, la filosofía de la biología, la filosofía de la economía o la filosofía de la medicina.

Frónesis: virtud médica por excelencia. Es una combinación de conocimientos teóricos, habilidades prácticas y virtud moral que permiten conocer el mundo de forma adecuada y tener la capacidad de actuar sobre él de forma eficiente valorando las consecuencias éticas de estas acciones. Una persona que muestra frónesis es alguien que: 1) tiene un conocimiento teórico suficiente del mundo; 2) posee la capacidad para actuar en consecuencia a este conocimiento; y 3) es capaz de discernir racionalmente aquellos estados que considera buenos o malos y prever las potenciales consecuencias de sus acciones.

Hibris: vicio médico por excelencia (véase *frónesis*): desmesura y orgullo que en ocasiones lleva a los individuos a comportarse de forma contraria a lo indicado por la prudencia (frónesis) y los límites impuestos por la moral o la deontología.

Holismo: en contraposición con los reduccionistas, los teóricos holistas argumentan que no se pueden entender la salud y la enfermedad únicamente en términos biológicos y que han de tenerse también en cuenta muchos aspectos contextuales, como el entorno socioeconómico o las peculiaridades culturales y subjetivas. Así, según este enfoque, las enfermedades son fenómenos que afectan a la totalidad del individuo y, por tanto, no pueden explicarse descomponiendo a las personas en mecanismos biológicos concretos ni aislándolas de su entorno social y de sus valores personales.

Imagen científica del mundo: concepción socialmente compartida acerca de la realidad proporcionada por el conocimiento que aporta la ciencia.

Método dialéctico: metodología filosófica consistente en poner en cuestión una determinada teoría, concepción o tradición de pensamiento (la llamada «tesis» en terminología filosófica), mostrando sus contradicciones y conflictos («antítesis») y dando lugar a un nuevo enfoque teórico o una nueva forma de comprender el problema abordado (la «síntesis»).

Naturalismo: perspectiva que considera que la medicina es, sobre todo, una rama aplicada de la ciencia, por lo que sus presupuestos y conceptos, como por ejemplo, las nociones de salud y enfermedad, son científicos y objetivos y están, por tanto, libres de influencias personales o sociales. Se contrapone al constructivismo o normativismo (véase *constructivismo*).

Normatividad: en filosofía, se dice que una afirmación o una creencia es normativa cuando implica una distinción entre estados, pensamientos o acciones correctos e incorrectos. Lo normativo supone por tanto, una categorización valorativa (es decir, en términos de «bueno» o «malo») sobre algo, ya sea comportamientos que debemos seguir, creencias que estamos justificados a tener o teorías que podemos juzgar. Este es el sentido principal en el que se ha utilizado este término en el libro. En la teoría de Canguilhem, la capacidad normativa sería la habilidad característica de los organismos de crear, identificar, obedecer e incluso transformar la percepción de *lo correcto* y *lo incorrecto*. Conviene no confundir la

cuestión de la normatividad con la postura concreta de la filosofía de la medicina denominada normativismo (véase *constructivismo*).

Pragmatismo: movimiento filosófico según el cual los conceptos con los que interpretamos la realidad e intervenimos en ella dependen de nuestra interacción con esta realidad. Para el pragmatismo, decidir si un término, una teoría o una clasificación son válidas es algo que depende de sus consecuencias prácticas con respecto a las metas epistémicas de aquellos que los utilizan.

Problema de la demarcación: cuestionamiento filosófico, central en filosofía de la ciencia, acerca de los criterios que distinguen lo científico de lo no-científico.

Promoción de enfermedades (*disease mongering*): práctica comercial consistente en ampliar los límites diagnósticos de las enfermedades para fomentar así en la conciencia pública una determinada percepción acerca de ciertos estados con el fin de ampliar los mercados para aquellos que venden y administran tratamientos.

Realismo: postura que defiende que existe una realidad objetiva que es accesible como tal de algún modo a la percepción. En filosofía de la medicina, se denominan realistas a aquellas corrientes que sostienen que el conocimiento médico ofrece una descripción más o menos fiel de la forma en la que funciona el cuerpo humano.

Reduccionismo: en filosofía de la medicina, la perspectiva reduccionista es aquella que considera que el objetivo principal de la medicina debe ser analizar e intervenir en las partes y procesos fisiológicos más básicos. Cuanto más vayamos al nivel fundamental de las partes que componen nuestros mecanismos biológicos, tanto mejor será nuestro conocimiento de las patologías.

Reificación: una reificación se produce cuando erróneamente se considera que un concepto teórico originado por razones pragmáticas

refiere efectivamente a una entidad real, aun cuando no pueda fundamentarse la existencia real de esta entidad. En medicina, se ha criticado que muchas veces se reifican las enfermedades, entendiéndolas como entidades reales e independientes a los individuos que interactúan con estos.

Teleología: una explicación teleológica es aquella que da cuenta de un fenómeno o ente del mundo apelando a su finalidad. Por ejemplo, «el propósito del cuerpo de bomberos es apagar incendios», «la finalidad de los relojes es medir el tiempo» o «la función del corazón es bombear la sangre». En el caso de los artefactos y de los organismos sociales, se suele entender que esta finalidad se fundamenta en las intenciones conscientes de las personas que diseñan y utilizan estas entidades, mientras que en el caso de los rasgos biológicos la teleología se suele fundamentar en propiedades de la organización biológica o en la historia evolutiva de los organismos.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERKNECHT, E. H.: 1982. *A Short History of Medicine*. JHU Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.

AMUNDSON, R.: 2000. «Against Normal Function». *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 31 (1), pp. 33-53.

ANGELL, M.: 2010. «Caring for Women's Health–What Is the Problem?» Editorial: http://Dx.Doi.Org/10.1056/NEJM199307223290409 [15 de enero de 2010].

ANTMAN, E. M., LAU, J., KUPELNICK, B., MOSTELLER F., y T. C. CHALMERS: 1992. «A Comparison of Results of Meta-Analyses of Randomized Control Trials and Recommendations of Clinical Experts. Treatments for Myocardial Infarction». *JAMA* 268 (2), pp. 240-248.

ARISTÓTELES: 2014. *Metafísica*. Madrid: Gredos.

— 2019. *Ética a Nicómaco-Ética a Eudemo*. Madrid: Gredos.

AS-SANIE, S., BLACK, R., GIUDICE, L. C., GRAY VALBRUN, T., GUPTA, J., JONES, B., LAUFER, M. R., *et. al.*: 2019. «Assessing Research Gaps and Unmet Needs in Endometriosis». *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 221 (2), pp. 86-94.

BACON, F.: 2011. *La Gran Restauración*. Madrid: Grupo Anaya Publicaciones Generales.

BACON, M.: 2012. *Pragmatism: An Introduction*. Cambridge: Malden, MA: Polity.

BANDUR, M.: 2001. *Aesthetics of Total Serialism: Contemporary Research from Music to Architecture*. Boston: Birkhäuser.

BANKS, W. M.: 1892. «Yorkshire College, Leeds. Doctors In Literature: Old And New». *The British Medical Journal* 2 (1658), pp. 787-788.

BARHAM, J.: 2012. «Normativity, agency, and life». *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of*

Biological and Biomedical Sciences, Data-Driven Research in the Biological and Biomedical Sciences, 43 (1), pp. 92-103.

BEDAU, M. A., Y C. E. CLELAND: 2010. «The Nature of Life: Classical and Contemporary Perspectives from Philosophy and Science». Cambridge University Press.

BEKOFF, M. Y G. LAUDER.: 1998. *Nature's Purposes: Analyses of Function and Design in Biology*. Editado por Colin Allen. Cambridge, Mass: The MIT Press.

BERG, G. V. Y A. SARVIMÄKI: 2003. «A Holistic-Existential Approach to Health Promotion». *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17 (4), pp. 384-391.

BERGER, P. L. y T. LUCKMANN: 1900. *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group Inc.

BLOCH, S. y P. REDDAWAY: 2019. *Soviet Psychiatric Abuse: The Shadow Over World Psychiatry*. Routledge.

BOCK, G. R. y J. A. GOODE: 2008. *The Limits of Reductionism in Biology*. John Wiley & Sons.

BOORSE, C.: 1975. «On the Distinction between Disease and Illness». *Philosophy & Public Affairs* 5 (1), pp. 49-68.

— 1976. «What a Theory of Mental Health Should Be». *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6 (1), pp. 61-84.

— 1977. «Health as a Theoretical Concept». *Philosophy of Science* 44 (4), pp. 542-573.

— 1997. «A Rebuttal on Health». En *What Is Disease?*, James M. Humber y Robert F. Almeder (eds.), pp. 1-134. Biomedical Ethics Reviews. Totowa, NJ: Humana Press.

— 2014. «A Second Rebuttal On Health». *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 39 (6), pp. 683-724.

— 2016. «Goals of Medicine». *Naturalism in the Philosophy of Health: Issues and Implications*, Élodie Giroux (ed.). History, Philosophy and Theory of the Life Sciences. Cham: Springer International Publishing, pp. 145-177.

BORGES, J. L.: 2017. *Inquisiciones | Otras inquisiciones*. Barcelona: Debolsillo.

BORTOLOTTI, L.: 2010. *Delusions and Other Irrational Beliefs*. Oxford; New York: OUP Oxford.

BRACELAND, F. J.: 1957. «Kraepelin, his system and his influence». *American Journal of Psychiatry* 113 (10), pp. 871-876.

BRADBURY, R.: 2016. *Fahrenheit 451*. Debolsillo.

BROADBENT, A.: 2019. *Philosophy of Medicine*. New York, NY: Oxford University Press.

BROCK, D. W.: 1993. *Life and Death: Philosophical Essays in Biomedical Ethics*. Cambridge: University Press.

BRODY, T.: 2016. *Clinical Trials*. Amsterdam, Boston: Academic Press.

BROGAARD, B.: 2018. *On Romantic Love: Simple Truths about a Complex Emotion*. Oxford: Oxford University Press.

BUNGE, M.: 2012. *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa.

— 2013. *La ciencia. Su método y su filosofía*. Pamplona: Laetoli, S. L.

CÁCERES, E., y C. SABORIDO: 2018. «¿Realmente mató la bacteria al coronel? Perspectiva sistémica, causación internivélica e intervalos de cuasi-descomponibilidad en las explicaciones mecanísticas en biología». *THEORIA. An International Journal for Theory, History and Foundations of Science* 33 (1), pp. 129-148.

CANGUILHEM, G.: 1976. *El conocimiento de la vida*. Barcelona.

— 2004. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu Editores España, S. L.

— 2005. *Lo normal y lo patológico*. México D. F.: Siglo XXI Editores.

CANNON, W. B.: 1929. «Organization for physiological homeostasis». *Physiological Reviews* 9 (3), pp. 399-431.

— 1932. *The Wisdom of the Body*. W. W. Norton & Company, Inc.

CAPONI, G.: 2018. *Determinismo y Organización: Fundamentos y límites del programa de Claude Bernard*. Universidad El Bosque.

CARTWRIGHT, S. A.: 2004. «Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race». *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine*, A. Caplan, J. J. McCartney y Dominic A. Sisti (eds.), pp. 28-39. Georgetown University Press.

CASADO DA ROCHA, A. y A. ETXEBERRIA: 2014. «Towards Autonomy-within-Illness: Applying the Triadic Approach to the Principles of Bioethics». *Health, Illness and Disease*, H. Carel y R. Cooper (eds.), pp. 57-76. Routledge.

CASADO DA ROCHA, A. y C. SABORIDO: 2010. «Cultura bioética y conceptos de enfermedad: el caso House». *Isegoría* 42, pp. 279-295.

CASTELLS, M.: 2011. *The Rise of the Network Society*. John Wiley & Sons.

CEREZO MAGÁN, M.: 2015. *La salud según Galeno*. Edicions de la Universidat de Lleida.

CHALMERS, A. F.: 2015. *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Siglo XXI Editores.

CHEN, E. H., SHOFER, F. S., DEAN, A. J., HOLLANDER, J. E., BAXT, W. G., ROBEY, J. L., SEASE, K. L., y A. M. MILLS: 2008. «Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain». *Academic Emergency Medicine* 15 (5), pp. 414-418.

CHOROVER, S. L.: 1980. *From Genesis to Genocide: The Meaning of Human Nature and the Power of Behavior Control*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

COHEN, I. B.: 1994. «Harrington and Harvey: A Theory of the State Based on the New Physiology». *Journal of the History of Ideas* 55 (2), pp. 187-210.

COOPER, D.: 2013. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Routledge.

COOPER, R.: 2002. «Disease». *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33 (2), pp. 263-82.

— 2008. *Psychiatry and Philosophy of Science*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

COOTER, R., STURDY, S., y M. HARRISON (eds.): 1999. *War, Medicine and Modernity*. Stroud: Sutton Publishing Ltd.

CRAVER, C. F. y L. DARDEN: 2013. *In Search of Mechanisms: Discoveries across the Life Sciences*. University of Chicago Press.

CRO, F. B. DE S. DE LA: 2018. *Oeuvres Diverses De M. François Boissier De Sauvage: Tome Premier*. Wentworth Press.

CRYLE, P. y E. STEPHENS: 2017. *Normality: A Critical Genealogy*. Chicago: University of Chicago Press.

CUNNINGHAM, A.: 1998. *The Laboratory Revolution in Medicine Paperback*. Cambridge: Cambridge University Press.

CZARNY, M. J., FADEN, R. R., NOLAN, M. T., BODENSIEK, E., y J. SUGARMAN: 2008. «Medical and Nursing Students' Television Viewing

Habits: Potential Implications for Bioethics». *The American Journal of Bioethics: AJOB* 8 (12), pp. 1-8.

D'AGOSTINI, F.: 2000. *Analíticos y continentales: guía de la filosofía de los últimos treinta años*. Cátedra.

D'AMICO, R.: 1995. «Is Disease a Natural Kind?» *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 20 (5), pp. 551-569.

DANIELS, N.: 1985. *Just Health Care*. Cambridge Cambridgeshire; New York: Cambridge University Press.

DASTUR, A. E. y P. D. TANK: 2010. «John A Sampson and the origins of Endometriosis». *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 60 (4), pp. 299-300.

DAVIES, P. S.: 2003. *Norms of Nature: Naturalism and the Nature of Functions*. Cambridge, Mass.: A Bradford Book.

DAVIS, F. D.: 1997. «Phronesis, Clinical Reasoning, and Pellegrino's Philosophy of Medicine». *Theoretical Medicine* 18 (1), pp. 173-195.

DAVIS, L. J.: 1995. *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body*. London; New York: Verso.

DEGENAAR, J. J.: 1979. «Some philosophical considerations on pain». *Pain* 7 (3), pp. 281-304.

DEMAZEUX, S. Y P. SINGY: 2015. *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*. Springer.

DEVANESAN, A.: 2019. «Medical nihilism: The limits of a decontextualised critique of medicine». *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, julio, 101189.

DEVITT, M.: 1996. *Realism and Truth.* Princeton, N. J: Princeton University Press.

DEVLIN, R. y D. POTHIER: 2006. *Critical Disability Theory: Essays in Philosophy, Politics, Policy, and Law*. UBC Press.

DIÉGUEZ, A.: 2005. *Filosofía de la ciencia*. Madrid: Málaga: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica de la Universidad de Málaga.

DÍEZ, J. A. y C. U. MOULINES: 1999. «Fundamentos de filosofía de la ciencia».

DOORIS, M.: 2009. «Holistic and Sustainable Health Improvement: The Contribution of the Settings-Based Approach to Health Promotion».

Perspectives in Public Health 129 (1), pp. 29-36.

DORAN, E. y D. HENRY: 2008. «Disease Mongering: Expanding the Boundaries of Treatable Disease». *Internal Medicine Journal* 38 (11), pp. 858-861.

DRESCHER, J.: 2015. «Out of DSM: Depathologizing Homosexuality». *Behavioral Sciences* 5 (4), pp. 565-575.

DUBOS, R. J.: 1965. *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press.

DUPRE, J.: 1995. *The Disorder of Things–Metaphysical Foundations of the Disunity of Science*. Harvard University Press.

DUSSAULT, A. C. y A.-M. GAGNÉ-JULIEN: 2015. «Health, Homeostasis, and the Situation-Specificity of Normality». *Theoretical Medicine and Bioethics* 36 (1), pp. 61-81.

EDELSTEIN, L.: 1952. «The Relation of Ancient Philosophy to Medicine». *Bulletin of the History of Medicine; Baltimore, Md.* 26.

ERESHEFSKY, M.: 2009. «Defining "health" and "Disease"». *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 40 (3), pp. 221-27.

ERESHEFSKY, M. y T. A. C. REYDON: 2015. «Scientific Kinds». *Philosophical Studies* 172 (4), pp. 969-86.

ERNST, E. y K. SMITH: 2018. *More Harm than Good?: The Moral Maze of Complementary and Alternative Medicine*. New York, NY: Springer.

ESPERT, A.: 2005. «Aproximación a la Historia de las Autopsias: IV. S. XVII Barroco. S. XVIII Ilustración. S. XIX Romanticismo». *Revista Electrónica de Autopsia* 2 (1), pp. 26-41.

EVANS, A. S.: 1976. «Causation and Disease: The Henle-Koch Postulates Revisited». *The Yale Journal of Biology and Medicine* 49 (2), pp. 175-95.

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP: 1992. «Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine». *JAMA* 268 (17), pp. 2420-25.

FARRINGTON, B.: 1966. *The Philosophy of Francis Bacon: An Essay on Its Development from 1603 to 1609, with New Translation of Fundamental Texts*. University of Chicago Press.

FEINSTEIN, A. R.: 1967. *Clinical Judgment*. Williams and Wilkins.

FELDMAN, R.: 1995. «Authoritarian Epistemology». *Philosophical Topics* 23 (1), pp. 147-69.

FEYERABEND, P.: 2007. *Tratado contra el método: Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Grupo Anaya Publicaciones Generales.

FISHER, B., ANDERSON, S., BRYANT, J., MARGOLESE, R. G., DEUTSCH, M., FISHER, E. R., JEONG J.-H., y N. WOLMARK: 2002. «Twenty-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer». *New England Journal of Medicine* 347 (16), pp. 1233-1241.

FOUCAULT, M.: 2010. *Las palabras y las cosas. Una arqueologia de las ciencias humanas.* Siglo XXI Editores.

— 2012. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores.

FRAASSEN, B. C. VAN: 1980. *The Scientific Image*. Clarendon Press.

FRANCES, A.: 2014. *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-Of-Control Psychiatric Diagnosis, Dsm-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinar*. New York: William Morrow.

FREDE, M.: 1986. «Philosophy and Medicine in Antiquity». En *Human Nature and Natural Knowledge: Essays Presented to Marjorie Grene on the Occasion of Her Seventy-Fifth Birthday*, editado por Alan Donagan, Anthony N. Perovich y Michael V. Wedin, pp. 211-232. Boston Studies in the Philosophy of Science. Dordrecht: Springer Netherlands.

FREEMON, F. R.: 2001. *Gangrene and Glory: Medical Care during the American Civil War*. Urbana: University of Illinois Press.

FROSCH, D. L., MAY, S. G., RENDLE, K. A. S., TIETBOHL, C., y G. ELWYN: 2012. «Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled 'Difficult' Among Key Obstacles To Shared Decision Making». *Health Affairs* 31 (5) pp. 1030-1038.

FULFORD, K. W. M.: 2006. *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press.

GABRIEL, R.: 2016. *Between Flesh and Steel: A History of Military Medicine from the Middle Ages to the War in Afghanistan*. University of Nebraska Press.

GADAMER, H.-G.: 2017. *El estado oculto de la salud*. Gedisa.

GAVARRET, J.: 2018. *Principes Généraux de Statistique Médicale, ou Développement des Règles Qui Doivent Présider à Son Emploi*. Forgotten Books.

GAYNES, R. P.: 2019. *Germ Theory: Medical Pioneers in Infectious Diseases*. Wiley.

GHAEMI, S. N.: 2006. «Paradigms of Psychiatry: Eclecticism and Its Discontents». *Current Opinion in Psychiatry* 19 (6), pp. 619-24.

GIBBONS, M.: 1994. *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. SAGE.

GIBSON, P.: 2018. *Covert Plants: Vegetal Consciousness and Agency in an Anthropocentric World*. Punctum Books.

GIFFORD, F.: 2011. *Philosophy of Medicine*. Elsevier.

GILBERT, R., SALANTI, G., HARDEN, M., y S. SEE: 2005. «Infant Sleeping Position and the Sudden Infant Death Syndrome: Systematic Review of Observational Studies and Historical Review of Recommendations from 1940 to 2002». *International Journal of Epidemiology* 34 (4), pp. 874-87.

GILLIES, D.: 2016. «Establishing Causality in Medicine and Koch's Postulates». *International Journal of History and Philosophy of Medicine* 6: 10603.

GLENNAN, S.: 2017. *The New Mechanical Philosophy*. OUP Oxford.

GLOCK, H.-J.: 2008. *What Is Analytic Philosophy?* Cambridge University Press.

GLYMOUR, C. y D. STALKER: 1983. «Engineers, Cranks, Physicians, Magicians». *New England Journal of Medicine* 308 (16), pp. 960-64.

GOFFMAN, E.: 2013. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

GOLDENBERG, M. J.: 2006. «On evidence and evidence-based medicine: Lessons from the philosophy of science». *Social Science & Medicine*, Part Special Issue: Gift Horse or Trojan Horse? Social Science Perspectives on Evidence-based Health Care, 62 (11), pp. 2621-32.

GOLDSTEIN, K.: 1995. *The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man*. The organism: A holistic approach to biology derived from pathological data in man. Brooklyn, NY, US: Zone Books.

GONZÁLEZ-MORENO, M., SABORIDO, C., y D. TEIRA: 2015. «Disease-Mongering through Clinical Trials». *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 51 (junio), pp. 11-18.

GOODMAN, N.: 1978. *Ways of Worldmaking*. Hackett Publishing Co., Inc.

GOTZSCHE, P.: 2013. *Deadly Medicines and Organised Crime*. London: Routledge.

GRACIA, D.: 2007. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Triacastela.
GRADMANN, C.: 2009. *Laboratory Disease: Robert Koch's Medical Bacteriology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
GRAHAM, G.: 2010. *The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness*. NY: Routledge.
GUILLORY, J. D.: 1968. «The Pro-Slavery Arguments of Dr. Samuel A. Cartwright». *Louisiana History: The Journal of the Louisiana Historical Association* 9 (3), pp. 209-227.
HACKING, I.: 1983. *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge University Press.
— 1991. «A Tradition of Natural Kinds». *Philosophical Studies* 61 (1), pp. 109-126.
— 2007. «Natural Kinds: Rosy Dawn, Scholastic Twilight: Ian Hacking». *Royal Institute of Philosophy Supplement* 61, pp. 203-239.
HALL, M.: 2011. *Plants as Persons: A Philosophical Botany*. Albany: SUNY Press.
HANKINSON, R. J.: 2001. *Cause and Explanation in Ancient Greek Thought*. Oxford University Press.
HIPÓCRATES: 2001. *Tratados médicos*. Anthropos.
HOCUTT, M.: 1974. «Aristotle's Four Becauses». *Philosophy* 49 (190), pp. 385-399.
HOFMANN, B.: 2002. «On the Triad Disease, Illness and Sickness». *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 27 (6), pp. 651-673.
HOMERO: 2014. *La Ilíada*. Madrid: Gredos.
HOWICK, J. H.: 2011. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. John Wiley & Sons.
HUME, D.: 2005. *Tratado de la naturaleza humana*. Grupo Anaya Publicaciones Generales.
HYMAN, S. E.: 2010. «The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification». *Annual Review of Clinical Psychology* 6 (1), pp. 155-179.
IHARA, H.: 2016. «Disease Mongering». En *Encyclopedia of Global Bioethics*, Henk ten Have (ed.), pp. 924-934. Cham: Springer International Publishing.
IONCIOAIA, B., IOAN T. B. y M. MURESAN: 2016. «René leriche and the development of 20th century surgery». *Clujul Medical* 89 (1), pp. 176-

180.

JACOBY, H.: 2008. *House and Philosophy: Everybody Lies*. Editado por William Irwin. N. J.: Wiley.

JOHNSON, M. R.: 2005. *Aristotle on Teleology*. Clarendon Press.

JÜNI, P., ALTMAN, D. G., y M. EGGER: 2001. «Assessing the Quality of Controlled Clinical Trials». *BMJ* 323 (7303), pp. 42-46.

KELLY, N., REES, B., y P. SHUTER: 2003. *Medicine Through Time*. Heinemann.

KENDIG, C.: 2016. *Natural Kinds and Classification in Scientific Practice*. Routledge.

KENDLER, K. S. y J. PARNAS: 2012. *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*. OUP Oxford.

KHALIDI, M. A.: 2013. *Natural Categories and Human Kinds: Classification in the Natural and Social Sciences*. Cambridge University Press.

KING, L. S. Y M. C. MEEHAN: 1973. «A history of the autopsy. A review». *The American Journal of Pathology* 73 (2), pp. 514-544.

KING, M., SMITH, G., y A. BARTLETT: 2004. «Treatments of Homosexuality in Britain since the 1950s-an Oral History: The Experience of Professionals». *BMJ* 328 (7437), p. 429.

KINGMA, E.: 2010. «Paracetamol, Poison, and Polio: Why Boorse's Account of Function Fails to Distinguish Health and Disease». *The British Journal for the Philosophy of Science* 61 (2), pp. 241-264.

KIRK, S. A.: 2017. *The Selling of DSM : The Rhetoric of Science in Psychiatry*. Routledge.

KOTOWICZ, Z.: 2005. *R. D. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry*. Routledge.

KRIEGER, N.: 1987. «Shades of Difference: Theoretical Underpinnings of the Medical Controversy on Black/White Differences in the United States, 1830-1870». *International Journal of Health Services* 17 (2), pp. 259-278.

KRIEGER, N., ROWLEY, D. L., HERMAN, A. A., AVERY, B., y M. T. PHILLIPS: 1993. «Racism, Sexism, and Social Class: Implications for Studies of Health, Disease, and Well-being». *American Journal of Preventive Medicine*, Racial Differences in Preterm Delivery, 9 (6, Supplement), pp. 82-122.

KUHN, T. S.: 2012. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

KUHSE, H. y P. SINGER: 2009. *A companion to Bioethics*. Blackwell.

KURUP, R. y P. A. KURUP: 2019. *The Biology of Medical Nihilism*. LaP Lambert Academic Publishing.

LAÍN ENTRALGO, P.: 1964. «La relación médico-enfermo: Historia y teoría». http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/.

—1994. *Historia de la Medicina*. Eds. Científicas y Técnicas.

LAKATOS, I.: 2002. *Escritos filosóficos: la metodología de los programas de investigación científica*. Alianza.

LAKOFF, G.: 1990. *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*. University of Chicago Press.

LANCET, T.: 2009. «What Is Health? The Ability to Adapt». *The Lancet* 373 (9666), p. 781.

LATOUR, B.: 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Harvard University Press.

LAUDAN, L.: 1983. «The Demise of the Demarcation Problem». En *Physics, Philosophy and Psychoanalysis: Essays in Honour of Adolf Grünbaum*, editado por R. S. Cohen y L. Laudan. Boston Studies in the Philosophy of Science. Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 111-127.

LEMOINE, M.: 2017. *Introduction à la philosophie des sciences médicales*. Paris: Hermann.

LENNOX, J. G.: 1995. «Health as an Objective Value». *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 20 (5), pp. 499-511.

LERICHE, R.: 1949. *La chirurgie de la douleur. [The surgery of pain. (3rd ed.).]*. Oxford, England: Nasson.

LEXCHIN, J.: 2006. «Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction». *PLOS Medicine* 3 (4): e132.

LINNAE, C. VON: 2010. *Genera Morborum*. Kessinger Publishing.

LITTRÉ, É.: 1843. *Colección completa de las obras del grande Hipócrates*. Imp. Médica.

LLOYD, M.: 1974. «Medical Authoritarianism and Its Effect on Health Care». *The Medical Journal of Australia* 2 (11): pp. 413-416.

LÓPEZ PIÑERO, J. M.: 2000. *Breve historia de la medicina*. Alianza.

MACHAMER, P., DARDEN, L., y C. F. CRAVER: 2000. «Thinking about Mechanisms». *Philosophy of Science* 67 (1), pp. 1-25.
MACINTYRE, A.: 2013. *After Virtue*. London: Bloomsbury Academic.
MANSON, N. C. y O. O'NEILL: 2007. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
MARCUM, J. A.: 2008. *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine*. Dordrecht: Springer.
MASON, S. F.: 2012. *Historia de las ciencias, 2: Del siglo xviii al siglo xx*. Madrid: Grupo Anaya Publicaciones Generales.
MAYHEW, E.: 2017. *A Heavy Reckoning: War, Medicine and Survival in Afghanistan and Beyond*. Wellcome Collection.
MAYORAL DE LUCAS, J. V.: 2017. *Thomas S. Kuhn: la búsqueda de la estructura*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
MCKEOWN, T.: 1989. *Introducción a la medicina social*. México, D. F.: Siglo XXI Editores.
— 1994. *Los origenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Critica.
MEGHANI, S. H., BYUN, E., y R. M. GALLAGHER: 2012. «Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United States». *Pain Medicine* 13 (2), pp. 150-174.
METHOT, P.-O.: 2011. «Historical Epistemology of the Concept of Virulence: Molecular, Ecological, and Evolutionary Perspectives on Emerging Infectious Diseases in the 19th and 20th Century». Tesis Doctoral. University of Exeter and Université Pantheón-Sorbonne.
MIRANDA C. y E. MIRANDA C.: 2013. «La práctica médica y su representación artística: comentario sobre la obra *El Doctor*, de Sir Luke Fildes». *Revista médica de Chile* 141 (11), pp. 1489-1490.
MISSIOS, S.: 2007. «Hippocrates, Galen, and the Uses of Trepanation in the Ancient Classical World». *Neurosurgical Focus* 23 (1), pp. 1-9.
MITCHELL, S. D.: 2002. «Integrative Pluralism». *Biology & Philosophy* 17 (1), pp. 55-70.
— 2003. *Biological Complexity and Integrative Pluralism*. Cambridge: Cambridge University Press.
MOORE, G. E.: 1959. *Principia Ethica*. Cambridge : University Press.
MOORE, J.: 2008. «What Sir Luke Fildes' 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today». *The British Journal of*

General Practice 58 (548), pp. 210-213.

MORA GASPAR, V.: 2016. *Al margen de la naturaleza: La persecución de la homosexualidad durante el franquismo. Leyes, terapias y condenas.* Barcelona: Debate.

MURAD, M. H., ASI, N., ALSAWAS, M., y F. ALAHDAB: 2016. «New Evidence Pyramid». *BMJ Evidence-Based Medicine* 21 (4), pp. 125-127.

MURPHY, D.: 2006. *Psychiatry in the Scientific Image*. MIT Press.

NAIK, AANAND D., DYER, C. B., KUNIK, M. E., y L. B. MCCULLOUGH: 2009. «Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization». *The American Journal of Bioethics* 9 (2), pp. 23-30.

NELSON, J. L.: 1995. «Health and Disease as "Thick" Concepts in Ecosystemic Contexts». *Environmental Values* 4 (4), pp. 311-322.

NELSON, L., KRAFT, J., y B. BLANSHARD: 1951. «Socratic Method and Critical Philosophy». *Philosophical Quarterly* 1 (3), pp. 276-278.

NERVI, M.: 2010. «Mechanisms, Malfunctions and Explanation in Medicine». *Biology & Philosophy* 25 (2), pp. 215-228.

NOBLE, D.: 2008. «Claude Bernard, the First Systems Biologist, and the Future of Physiology». *Experimental Physiology* 93 (1), pp. 16-26.

NORDENFELT, L.: 1995. *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*. Springer Science & Business Media.

— 2006. «The Concepts of Health and Illness Revisited». *Medicine, Health Care and Philosophy* 10 (1), p. 5.

NUTTON, V.: 2012. *Ancient Medicine*. Routledge.

OGDEN, C. K. y I. ARMSTRONG RICHARDS: 1984. *El significado del significado: una investigación acerca de la influencia del lenguaje sobre el pensamiento y de la ciencia simbólica*. Ediciones Paidos.

ORDÓÑEZ, J., NAVARRO BROTONS, V., y J. M. SÁNCHEZ RON: 2013. *Historia de la ciencia*. Barcelona: Austral.

OVERHOLSER, J. C.: 1993. «Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 30 (1), pp. 67-74.

PAYER, L.: 1992. *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Insurers Are Making You Feel Sick*. John Wiley and Sons.

PEIRCE, C. S., JAMES, W., IRVING LEWIS, C., DEWEY, J. y MEAD, G. H.: 1982. *Pragmatism: The Classic Writings*. Hackett Publishing Co. Inc.

PELLEGRINO, E. D.: 1976. «Philosophy of Medicine: Problematic and Potential». *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 1 (1), pp. 5-31.
— 1998. «What the Philosophy Of Medicine Is». *Theoretical Medicine and Bioethics* 19 (4), pp. 315-336.
PIGLIUCCI, M. y M. BOUDRY: 2013. *Philosophy of Pseudoscience: Reconsidering the Demarcation Problem*. University of Chicago Press.
PLATÓN: 2006. *Diálogos vol. 1: Apología, Critón, Eutifrón, Lisis, Calámides, Hipias menor, Hipias mayor, Laques, Protágoras: 037*. Madrid: Gredos.
— 2011. *La República o El Estado*. Madrid: Austral.
— 2013. *Hipias Mayor. Hipias Menor*. Losada.
— 2014. *Fedón*. Madrid: Gredos.
— 2017. *Diálogos*. Madrid: Gredos.
POCOCK, S. J.: 2013. *Clinical Trials: A Practical Approach*. John Wiley & Sons.
POLANYI, M.: 2013. *Science, Faith and Society*. University of Chicago Press.
POPPER, K. R.: 2008. *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Grupo Anaya Publicaciones Generales.
PRAAG, H. M. VAN: 1978. «The Scientific Foundation of Anti-Psychiatry». *Acta* Psychiatrica Scandinavica 58 (2): pp. 113-141.
PUTNAM, H.: 1975. *The Meaning of «Meaning»*. University of Minnesota Press.
RANDO, E.: 1968. «La obra científica del Dr. Letamendi». Anales de medicina y cirugía 48 (205): pp. 41-53-53.
RAZ, M.: 2015. *The Lobotomy Letters: The Making of American Psychosurgery*. University of Rochester Press.
REDFIELD, J. M.: 1992. *La tragedia de Héctor: naturaleza y cultura en La Ilíada*. Destino.
REZNEK, L.: 1995. «Dis-Ease about Kinds: Reply to D'Amico». *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 20 (5), pp. 571-584.
ROCKMORE, T.: 2005. *On Constructivist Epistemology*. Rowman & Littlefield Publishers.

RODRÍGUEZ SENDÍN, J. J.: 2010. «Definición de “Profesión médica”, “Profesional médico/a” y “Profesionalismo médico”». *Educación Médica* 13 (2), pp. 63-66.

ROSEN, G.: 2015. *A History of Public Health*. JHU Press.

ROSNER, A. L.: 2012. «Evidence-based medicine: Revisiting the pyramid of priorities». *Journal of Bodywork and Movement Therapies* 16 (1), pp. 42-49.

RUGER, J. P.: 2005. «Democracy and health». *QJM : monthly journal of the Association of Physicians* 98 (4), pp. 299-304.

SABORIDO, C.: 2009. «Normalidad biológica, salud y capacidad adaptativa». En *Actas del VI Congreso de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España (SLMFCE)*, pp. 553-558, Universitat de València.

— 2013a. «La falacia naturalista. ¿Lo natural es más sano?». *Investigación y Ciencia*, 446, pp. 38-39.

— 2013b. «Normas naturales y funciones biológicas». *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía* 18, pp. 113-124.

— 2014. «Diseño, Evolución y Organización. La Teleología en la Filosofía de las Ciencias Biológicas». *Acta Scientiae* 16 (2), pp. 284-309.

SABORIDO, C., y A. MORENO: 2015. «Biological Pathology from an Organizational Perspective». *Theoretical Medicine and Bioethics* 36 (1), pp. 83-95.

SABORIDO, C., MORENO, A., GONZÁLEZ-MORENO, M., y J. C. HERNÁNDEZ CLEMENTE: 2016. «Organizational Malfunctions and the Notions of Health and Disease». En *Naturalism in the Philosophy of Health*, 101-20. History, Philosophy and Theory of the Life Sciences. Springer, Cham.

SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., MUIR GRAY, J. A., BRIAN HAYNES, R., y W. SCOTT RICHARDSON: 1996. «Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn’t». *BMJ* 312 (7023), pp. 71-72.

SAMUELS, R.: 2009. «Delusions as a Natural Kind». En *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*, editado por Matthew Broome y Lisa Bortolotti, pp. 49-79. Oxford University Press.

SÁNCHEZ RON, J. M. y J. GABAN BRAVO: 2018. *El sueño de Humboldt y Sagan: Una historia humana de la ciencia*. Crítica.

SANDERS, S.: 2009. *The Philosophy of Science Fiction Film*. Lexington, Ky.; London: University Press of Kentucky.

SARKAR, S.: 1996. *The Legacy of the Vienna Circle: Modern Appraisals*. New York: Routledge.

SAUNDERS, J.: 2001. «The practice of clinical medicine as an art and as a science». *Western Journal of Medicine* 174 (2), pp. 137-141.

SELLARS, W. S.: 1962. «Philosophy and the Scientific Image of Man». En *Science, Perception, and Reality*, editado por Robert Colodny, pp. 35-78. Humanities Press/Ridgeview.

SIGERIST, H.: 2006. «Johann Peter Frank, un pionero de la medicina social». *Salud colectiva* 2 (3), pp. 269-280.

SILVERS, A.: 2007. «A Fatal Attraction to Normalizing: Treating Disabilities as Deviations from "Species-Typical" Functioning». En *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Erik Parens (ed.), pp. 95-123. Georgetown University Press.

SIMÓN, P.: 2000. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.

SINI, C.: 1999. *El pragmatismo*. Ediciones Akal.

SIRGIOVANNI, E.: 2009. «The Mechanistic Approach to Psychiatric Classification». *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences* 2 (2): pp. 45-49.

SOKAL, R. R.: 1974. «Classification: Purposes, Principles, Progress, Prospects». *Science* 185 (4157), pp. 1115-1123.

SOLÍS, C. y M. SELLÉS: 2013. *Historia de la ciencia*. Barcelona: Espasa.

SOLOMON, M.: 2011. «Just a Paradigm: Evidence-Based Medicine in Epistemological Context». *European Journal for Philosophy of Science* 1 (3), pp. 451-466.

— 2015. *Making Medical Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.

SONTAG, S.: 1988. *Illness As Metaphor*. Farrar Straus & Giroux.

SPICKER, S. F.: 1976. «Terra Firma and Infirma Species: From Medical Philosophical Anthropology to Philosophy of Medicine». *Journal of Medicine and Philosophy* 1 (2), pp. 104-135.

STADLER, F. (ed.): 2003. *The Vienna Circle and Logical Empiricism: Re-Evaluation and Future Perspectives*. Vienna Circle Institute Yearbook. Springer Netherlands.

STAGNO, S. J., D. S. ZHUKOVSKY y D. WALSH: 2000. «Bioethics: Communication and Decision-Making in Advanced Disease» *Seminars*

in Oncology 27 (1), pp. 94-100.

STEGENGA, J.: 2018a. *Medical Nihilism*. Oxford, United Kingdom: OUP Oxford.

— 2018b. *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*. Chicago: University of Chicago Press.

SUÁREZ, M.: 2019. *Filosofía de la ciencia: Historia y práctica*. Grupo Anaya Publicaciones Generales.

SUBBARAYAPPA, B. V.: 2001. «The Roots of Ancient Medicine: An Historical Outline». *Journal of Biosciences* 26 (2), pp. 135-143.

SULMASY, D. P.: 2005. «Diseases and Natural Kinds». *Theoretical Medicine and Bioethics* 26 (6), pp. 487-513.

SYDENHAM, DR. T.: 2010. *Thomae Sydenham Opera Omnia Medica V1*. Kessinger Publishing.

SZASZ, T. S.: 1971. «The Sane Slave». *American Journal of Psychotherapy* 25 (2): pp. 228-239.

— 2008. *El mito de la enfermedad mental: Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

TEIRA, D.: 2011. «Frequentist versus Bayesian Clinical Trials». En *Philosophy of Medicine*, Fred Gifford (ed.), 16: pp. 255-97. Handbook of the Philosophy of Science. Amsterdam: North-Holland.

THOMASMA, D. C.: 1985. «The Philosophy of Medicine in Europe: Challenges for the Future». *Theoretical Medicine* 6 (1), pp. 115-123.

THOMASMA, D. C. y E. D. PELLEGRINO: 1981. «Philosophy of Medicine as the Source for Medical Ethics». *Metamedicine* 2 (1), pp. 5-11.

TOLSTÓI, L. N.: 2017. *Ana Karénina*. Austral.

TOMASINI BASSOLS, A.: 2004. *Filosofía analítica: un panorama*. Plaza y Valdés.

TSOU, J. Y.: 2011. «The Importance of History for Philosophy of Psychiatry: The Case of the DSM and Psychiatric Classification». *Journal of the Philosophy of History* 5 (3), pp. 446-470.

VERONESI, U., R. SACCOZZI, M. DEL VECCHIO, A. BANFI, C. CLEMENTE, M. DE LENA, G. GALLUS, *et al.*: 1981. «Comparing Radical Mastectomy with Quadrantectomy, Axillary Dissection, and Radiotherapy in Patients with Small Cancers of the Breast». *New England Journal of Medicine* 305 (1), pp. 6-11.

VLASTOS, G.: 1987. «Socratic Irony*». *The Classical Quarterly* 37 (1): pp. 79-96.

WARNER, M.: 2000. *The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life*. Harvard University Press.

WATSON, N.: 2013. *Routledge Handbook of Disability Studies*. Routledge.

WHITLEY, R.: 2012. «The Antipsychiatry Movement: Dead, Diminishing, or Developing?». *Psychiatric Services* 63 (10), pp. 1039-1041.

WICCLAIR, M. R.: 2008. «The Pedagogical Value of House, M.D.-Can a Fictional Unethical Physician Be Used to Teach Ethics?». *The American Journal of Bioethics* 8 (12), pp. 16-17.

WILLIAMS, B.: 2011. *Ethics and the Limits of Philosophy*. London New York: Routledge.

WORRALL, J.: 2002. «What Evidence in Evidence-Based Medicine?». *Philosophy of Science* 69 (S3): S316-30.

WOUTERS, A.: 2005. «The Function Debate in Philosophy». *Acta Biotheoretica* 53 (2): pp. 123-151.

WULFF, H. R., S. A. PEDERSEN y R. ROSENBERG: 2002. *Introducción a la filosofía de la medicina*. Triacastela.

ZAGORIN, P.: 1999. *Francis Bacon*. Princeton University Press.

Diseño de cubierta: Miguel Uriarte

Edición en formato digital: 2020

© CRISTIAN SABORIDO, 2020
© Editorial Tecnos (Grupo Anaya, S.A.), 2020
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
infotecnos@tecnos.es

ISBN ebook: 978-84-309-7941-7

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.
www.tecnos.es